

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 décembre 1882 à 1 heure.

PAR C. BOTTEZ,

Né à Jassy (Roumanie), le 8 octobre 1854,
Interne provisoire des hôpitaux de Paris,
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

TUMEURS DE LA RÉGION TEMPORALE

Président M. TRÉLAT, professeur.

Juges • MM. { GUYON, professeur.
 { MARCHAND, TERRILLON, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1882



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549920_0085

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N° 46

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 décembre 1882 à 1 heure.

PAR C. BOTTEZ,

Né à Jassy (Roumanie), le 8 octobre 1854.

Interne provisoire des hôpitaux de Paris,

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

TUMEURS DE LA RÉGION TEMPORALE

Président M. TRÉLAT, professeur.

Juges · MM. { GUYON, professeur.

{ MARCHAND, TERRILLON, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1882

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyens.....	M BÉCLARD.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRÉT.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ CORNIL.
Anatomie pathologique.....	ROBIN.
Histologie.....	LE FORT.
Opérations et appareils.....	REGNAULD.
Pharmacologie.....	HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.....	BOUCHARDAT.
Hygiène.....	BROUARDEL.
Médecine légale.....	
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	{ SEE (G.)
Clinique médicale.....	{ LASÈGUE.
	{ HARDY.
	{ POTAIN.
	{ PARROT.
Maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	{ GOSSELIN.
	{ VERNEUIL.
	{ TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BONNELLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGAIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
PARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUFIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TRÉLAT

Chirurgien de l'hôpital Necker,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A M, LE PROFESSEUR GOSSELIN

Chirurgien de la Charité,
Membre de l'Institut, etc.

A M. A. OLLIVIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Professeur agrégé à la Faculté.

▲ MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. AUDHOUI, BERGER,
RATHERY, ROQUES, SIMONET, PÉAN,
SCHWARTZ, E. MOUTARD-MARTIN

A MON EXCELLENT AMI GEORGES NECULCESCO

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES
TUMEURS DE LA RÉGION TEMPORALE

INTRODUCTION.

C'est sous l'inspiration de notre maître M. le professeur Trélat que nous avons entrepris ce travail. Qu'il nous permette de le remercier ici, une fois de plus, pour l'extrême bienveillance qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner, et les bons conseils qu'il nous a toujours donné.

Jusqu'à présent les tumeurs de la région temporale ont peu fixé l'attention des auteurs. La riche collection de thèses de la Faculté de Paris, et nous pourrions en dire autant de celles des Facultés de province, ne contiennent pas un seul travail d'ensemble sur le sujet qui nous occupe. Les nombreux recueils scientifiques français ou étrangers que nous avons consulté ne contiennent que des indications absolument sommaires, des observations souvent incomplètes ou prises en vue soit de recommander quelque nouveau traitement, soit de décrire une opération brillante; encore, ces observations ne sont pas bien nombreuses et ce n'est précisémen

pas le choix qui nous a embarrassé. C'est avec ce peu de notions que nous avons entrepris de faire ce travail.

Après un court aperçu anatomique de la région, nous tâcherons autant que possible, dans des chapitres séparés, de faire l'histoire de chaque variété de tumeur de la région temporale. Enfin nous terminerons par un essai de diagnostic différentiel et par quelques conclusions que nous croyons pouvoir tirer de cette étude.

Pour mener à bonne fin un tel travail, il faudrait une érudition et une expérience qui nous font défaut ; aussi sommes-nous loin de nous dissimuler les nombreuses imperfections de notre essai, et si nous parvenons à faciliter la tâche à ceux que cette intéressante question tentera dans l'avenir, notre but aura été complètement atteint.

ANATOMIE.

La région temporale (1) est située de chaque côté sur les parties latérales du crâne ; confondue par Velpeau dans une même description que la région pariétale, elle en a été séparée par Blandin et Malgaigne, comme formant à part une région très naturelle.

Les *limites* de cette région sont constituées *en avant* par l'apophyse orbitaire externe du frontal et l'os malaire, *en arrière* par la racine de l'apophyse zygomatique et le conduit auditif externe ; *en bas* par l'arcade zygomatique ; *en haut* par une ligne courbe, nettement marquée sur le squelette,

(1) Du mot latin *tempus* par lequel les anciens voulaient indiquer que c'était le lieu ou le temps en blanchissant les cheveux signalait d'abord ses ravages (Richet).

plus difficile à déterminer sur une tête recouverte de parties molles, mais se limitant assez facilement sur le vivant lorsqu'on fait contracter le muscle temporal (Malgaigne).

Forme. — Aplatie transversalement, déprimée chez les individus maigres, elle est saillante au contraire chez les personnes grasses ou fortement musclées ; il en est de même chez les femmes et les enfants. Son épaisseur varie donc avec l'âge, le sexe, l'embonpoint ; d'une manière générale, elle augmente graduellement de haut en bas et d'arrière en avant.

On trouve successivement de dehors en dedans, dans la région temporale :

- 1° La peau.
- 2° Couche cellulaire sous-cutanée (fascia superficialis de M. Richet).
- 3° Prolongement de l'aponévrose épicroânienne.
- 4° Aponévrose temporale superficielle (périosto-zygomatique de M. Richet).
- 5° Aponévrose temporale profonde.
- 6° Muscle temporal et son tendon (aponévrose temporo-maxillaire de Velpeau).
- 7° Squelette.
- 8° Méninges et cerveau.

Voyons avec quelques détails chacune de ces parties :

Peau. — Recouverte de cheveux en arrière et en haut, elle présente en avant les orifices de nombreux follicules sébacés.

Couche sous-cutanée. — Moins adhérente à la peau et à l'aponévrose que sur le reste du crâne ; aussi est-elle plus facile à séparer surtout en bas, où elle forme une couche distincte (fascia superficialis de M. Richet). Au niveau de l'arcade zygomatique, cette couche semble se séparer en deux lamelles : une profonde qui se fixe sur l'arcade ; une superficielle qui glisse au devant et se continue dans la région génienne (Richet). C'est dans cette couche qu'on trouve l'*artère temporale superficielle* dont le tronc se trouve à 10 ou 12 millimètres du conduit auditif externe et se divise à 6 ou 8 millimètres au-dessus de l'arcade zygomatique en trois branches, l'antérieure allant vers le front, la postérieure vers la nuque, toutes les deux restant dans la même couche que le tronc qui leur a donné naissance, tandis que la branche moyenne pénètre dans le muscle temporal. Une *veine* est sous-jacente à l'artère temporale et affecte la même distribution. On trouve en outre les *lymphatiques* superficiels de la région dont la direction est perpendiculaire à l'arcade zygomatique et qui vont se jeter dans les ganglions parotidiens. Enfin des *rameaux nerveux* venant du facial et de l'auriculo-temporal suivent la direction de l'artère temporale.

Au-dessous de cette couche on trouve le prolongement latéral de l'aponévrose épicrotânienne, prolongement aminci qui vient s'insérer, pour quelques auteurs, sur l'arcade zygomatique. Pour M. Tillaux, cette couche, loin de s'insérer à l'arcade zygomatique, passe au devant d'elle sans y adhérer et s'amincissant de plus en plus va se perdre dans la couche cellulo-graisseuse de la joue. C'est sur la face externe de cette couche qu'on trouve les deux muscles auriculaires,

antérieur et supérieur, et sur un plan plus antérieur le muscle temporal superficiel (Sappey).

Aponévrose temporale superficielle. — Les auteurs diffèrent un peu à son égard. Pour Blandin, Velpeau, Malgaigne, cette aponévrose simple en haut, où elle s'insère à la ligne courbe, se dédouble en avant et en bas pour former deux feuillets, un antérieur qui s'insère à l'os malaire et à la lèvre externe de l'apophyse zygomatique, l'autre postérieur se porte à la lèvre interne de la même apophyse. Pour M. Richet, elle ne serait qu'un prolongement du périoste crânien se continuant, au devant du muscle temporal, avec le périoste de l'apophyse orbitaire externe, de l'os malaire et de l'arcade zygomatique (aponévrose périosto-zygomatique).

Aponévrose temporale profonde. — Beaucoup plus forte et plus résistante que la précédente, d'une couleur blanchâtre, s'insère en haut à la ligne courbe temporale, en bas à la lèvre interne de l'arcade zygomatique, donne attache aux fibres du temporal par sa face profonde, tandis que par sa face externe elle est en rapport avec l'aponévrose superficielle à laquelle elle adhère assez intimement en haut, mais dont elle est séparée en bas par une couche graisseuse fluide et jaunâtre d'autant plus abondante qu'on l'examine plus bas : c'est dans cette couche qu'on trouve la branche moyenne de la temporale superficielle et sa veine.

Muscle temporal. — Situé entre l'aponévrose profonde et le squelette, ses fibres dirigées en éventail viennent se rendre sur un tendon large et aplati (aponévrose temporo-

maxillaire de Velpeau) qui va s'insérer à l'apophyse coronôide du maxillaire inférieur. Ce tendon est séparé de l'aponévrose temporale proprement dite par une couche graisseuse abondante qui communique avec celle de la joue. Au-dessous du temporal entre lui et le périoste on trouve les artères temporales profondes antérieure et postérieure, branches de la maxillaire interne, les nerfs temporaux du maxillaire inférieur et des vaisseaux lymphatiques.

Le squelette de la région temporale est formé par : le frontal en avant, la grande aile du sphénoïde en bas, l'écaille du temporal en arrière et l'angle antéro-inférieur du pariétal en haut ; les sutures qui réunissent entre eux ces os sont désignées sous le nom de sphénoïdale, sphéno-temporale, sphéno-pariétale et écailleuse. Les os sont minces et transparents : on les trouve parfois réduits à une lamelle assez mince pour que la pression du doigt puisse l'enfoncer (Richet). Leur périoste est très adhérent. A la face interne de ces os on trouve une série de gouttières (nervure de feuille de figuier) dont quelques-unes sont parfois converties en canaux complets (Richet). Ces gouttières partent du trou sphéno-épineux pour se ramifier ensuite sur la face interne du pariétal et du frontal ; elles logent l'artère méningée moyenne et ses branches. Le tronc de cette artère correspond à l'extérieur à un point situé sur le niveau, en hauteur, de l'apophyse orbitaire externe et à deux travers de doigt en arrière de cette apophyse (Blandin).

Enfin signalons pour terminer les méninges crâniennes, et la corne sphénoïdale du cerveau.

ANÉVRYSMES DE LA RÉGION TEMPORALE.

Les tumeurs anévrysmales de la région temporale peuvent venir de deux sources différentes. Les unes superficielles prennent naissance sur l'artère temporale ou ses branches, les autres profondes, excessivement rares, viennent de la méningée moyenne et font saillie à la région temporale après avoir perforé la boîte crânienne.

Anévrysmes de l'artère temporale. — Ces anévrysmes sont assez rares. Crisp dans un relevé de 551 cas cite un seul sur l'artère temporale. Le travail du docteur Fischer, de Hanovre (1), sur le traitement des anévrysmes par compression ou flexion, où se trouvent relatés 245 cas d'anévrysmes chirurgicaux, n'en contient que deux cas, et pourtant de tous les anévrysmes externes de la tête incontestablement ceux de l'artère temporale sont les plus fréquents. Sur 18 observations consignées dans le travail du docteur de Schuttelaere (2), si on élimine 4 anévrysmes de la face, restent 14 cas d'anévrysmes des artères crâniennes sur lesquels 7 appartiennent à la temporale. Ce résultat est d'autant plus concluant que M. Schuttelaere a éliminé tous les cas consécutifs à l'artériotomie temporale, opération fréquemment pratiquée au commencement du siècle.

Deux variétés d'anévrysmes s'observent sur l'artère tem-

(1) Vierteljahrschrift f. prak. Heilkunde, Bd 102-104, 1869, et Archives gén. de méd., 1870, t. I.

(2) Considérations sur les anév. externes de la tête et leur traitement. Thèse de Paris, 1881, n° 99.

porale : l'anévrysme circonscrit et l'anévrysme artérioveineux.

A. *Anévrysme circonscrit.* — C'est incontestablement le plus fréquent. — Superficiellement placés et reposant sur un plan osseux résistant, les anévrysmes de la temporale présentent en général des signes nets et faciles à constater. Ce sont des tumeurs en général petites, ne dépassant guère le volume d'une amande ou noisette; exceptionnellement ce volume est plus considérable : œuf de pigeon (obs. de Frestel), trois quarts d'orange (obs. de Barrier). Tumeurs bien circonscrites, à forme arrondie ou ovoïde, présentant des battements isochrones aux pulsations artérielles et un mouvement d'expansion manifeste. La compression de l'artère temporale superficielle arrête ces battements et produit l'affaissement de la tumeur, qui se reproduit aussitôt que la compression a cessé. La cause de la tumeur est nette : tantôt l'ouverture chirurgicale de l'artère (pratique anglaise), tantôt un traumatisme accidentel (coup, chute, blessure). Les auteurs du *Compendium* nient l'existence de l'anévrysme spontané sur la temporale; l'observation suivante du docteur Fontagnères, recueillie depuis, paraît pourtant être un exemple :

OBSERVATION I (1).

Anévrysmes de l'artère temporale, continuation en flèche. Guérison.
Par le Dr Fontagnères.

Mlle G... A..., âgée de 28 ans, me consulta le 21 février 1872 pour une tumeur de la tempe droite. Située dans la fosse tempo-

(1) Revue méd. de Toulouse, 1872, t. VI, p. 354.

rale droite, au-dessus du condyle de la mâchoire, elle s'étend transversalement de la partie antérieure du pavillon de l'oreille jusqu'à 1 centimètre environ de l'angle externe de l'œil. Sa forme est arrondie et globuleuse, un peu aplatie; la peau qui la recouvre, fortement distendue, est saine et de coloration normale. Les diamètres de cette tumeur sont, dans tous les sens, de 5 à 6 centimètres. Un peu molle, légèrement réductible: présente des battements isochrones au pouls, perceptibles dans toute son étendue, on y trouve aussi un bruit de souffle assez doux, plus perceptible à la partie inférieure et postérieure. L'apparition de la tumeur remonte à dix-huit mois, mais c'est depuis six mois que la tumeur a pris un accroissement considérable. Pas de douleur, pas d'autre incommodité que le volume. La tumeur était légèrement mobile dans une limite de 1 à 2 millim.; elle glissait sur l'aponévrose temporale et sous la peau.

La compression, soit directement sur la tumeur soit sur l'artère temporale, exercée à plusieurs reprises pendant un certain temps et en général mal supportée, n'a produit aucun effet. Aussi, le 5 mars, injecta-t-on 6 gouttes de perchlorure de fer dans la tumeur, qui, dix minutes après l'opération, durcit un peu; les jours suivants, il n'y eût presque pas de réaction inflammatoire, et le 11 mars, la tumeur était absolument dans le même état qu'auparavant.

Le 19. Une incision portant sur la peau seulement mit le sac anévrysmal à découvert, une piqûre faite au bistouri laissa sortir un jet considérable de sang rouge; on introduisit par cette piqûre six petites flèches de pâte de canquoin. La chute de l'eschare se produisit le 27 mars; il n'y a pas eu d'hémorrhagie ni de réaction inflammatoire considérable; des bourgeons exubérants nécessitèrent encore deux petites cautérisations. Enfin, le 9 avril, voulant aider l'élimination d'une petite eschare, on détacha avec le plat des ciseaux un petit pédicule adhérent, une hémorrhagie considérable en jet se produisit immédiatement et fut arrêtée par le tamponnement au perchlorure de fer. Le 12 avril, nouvelle hémorrhagie sérieuse, qui cède aux mêmes moyens. Ces hémorrhagies furent cause d'une anémie qui persista longtemps.

A partir de ce moment, la cicatrisation marche régulièrement: elle était complète le 2 mai. Il reste une petite cicatrice de quelques millimètres de largeur sur 2 centimètres de hauteur. La cica-

trice a contracté quelques adhérences avec les fibres musculaires du temporal ; de là, une dépression de la cicatrice et un sentiment de gêne chaque fois que la mâchoire s'abaisse.

L'auscultation de la tumeur, toutes les fois qu'elle a été pratiquée, a permis la constatation d'un bruit de souffle plus ou moins fort, mais en général assez doux. Ces tumeurs ne sont guère douloureuses à la pression ne provoquent pas de douleurs spontanées, pas d'autre gêne enfin, que celle d'avoir une tumeur pulsatile dont l'existence ne cesse que d'inquiéter les malades. Les caractères sont assez nets pour permettre, en général, le diagnostic. Dans toutes les observations que nous avons recueillies, le diagnostic a été facile. Les battements distinguent ces anévrysmes des *tumeurs solides*, l'existence des mouvements d'expansion et la cessation de ces mouvements par la compression de la temporale permettent de faire le diagnostic d'avec certaines *tumeurs malignes* animées de battements (sarcomes téléangiectasiques). Il y a une erreur, facile à éviter, du reste, c'est celle qui consiste à prendre pour un anévrysme *une bosse sanguine* siégeant sur le trajet de la temporale et animée de battements communiqués. L'erreur a du être commise plus d'une fois, peut-être dans le cas suivant :

OBSERVATION II.

Anévrysme de l'artère temporale, par Benson.
(Dublin medical press., 1842).

Un homme de 42 ans, retenu au lit par les suites d'une indisposition qui l'avait beaucoup affaibli, voulut se lever, mais à peine eut-il touché le sol qu'il chancela, et dans la chute sa tête porta contre le mur. C'est la tempe gauche qui avait été contuse et il

s'y déclara une enflure considérable. Lorsque le malade entra à l'hôpital, quatre jours après, la tuméfaction n'avait pas diminué et s'accompagnait d'une coloration jaune noirâtre. Au bout de trois jours, elle parut se circonscrire et prit la forme et le volume d'une noisette. Bientôt le chirurgien y sentit une expansion isochrone aux battements du pouls, expansion que l'on pouvait arrêter en comprimant l'artère au-dessous de la tumeur. Deux applications de sangsues et de topiques réfrigérants suffirent pour faire disparaître toute pulsation en moins de huit jours, et bientôt il ne resta plus de la tumeur qu'un petit tubercule.

Réflexion. — Tous les membres de la Société de chirurgie de Dublin ont regardé ce cas comme un exemple rare d'anévrysme de l'artère temporale. Nous ne saurions nous prononcer d'une manière aussi affirmative. En considérant la nature de la cause et surtout la rapidité avec laquelle la guérison s'est opérée sous l'influence de moyens aussi simples, on ne peut se défendre de l'idée que toute la maladie consistait dans un épanchement sanguin circonscrit et agité par les battements de l'artère temporale. Loin de nous la pensée de nier un anévrysme par cela seul que la tumeur a disparu sans ligature et sans compression ; mais il faut convenir cependant que les circonstances de ce fait plaident fortement contre l'interprétation qu'en a voulu donner M. Benson.

Si, dans ces cas, on comprimait la temporale, les phénomènes seraient tout autres, selon qu'il s'agirait de bosse sanguine ou d'anévrysme. En effet, la tumeur anévrysmale s'affaïssit et change de consistance, tandis que la bosse sanguine, quoiqu'ayant subi peut-être un certain affaïssissement dû à l'affaïssement même du calibre artériel, ne changera certes pas de consistance.

Le traitement des anévrysmes circonscrits de la région

Bottez.

3

temporale est en général simple et toujours suivi de guérison. Parfois la simple compression bien appliquée a suffi pour guérir cette affection. Cette méthode est d'autant plus efficace que l'anévrysme est petit et jeune. Desruelles (1), dans son mémoire sur l'anévrysme qui peut survenir à la suite de la saignée temporale, rapporte quatre cas d'anévrysmes, dont trois guéris par compression, un seul a nécessité la ligature. Dans le cas suivant, le D^r Houston a pu guérir par compression un anévrysme datant d'un mois.

OBSERVATION III.

Anévrysme de l'artère temporale traité par la compression,
par le D^r Houston.

(Dublin medical press., 1839.)

Patrick M'Cormick, âgé de 34 ans, entré le 18 mai à l'hôpital de Dublin, avait été saigné cinq semaines auparavant de l'artère temporale gauche pour une phlegmasie oculaire, produite par un accident. L'incision avait été faite à un pouce et demi au-dessus de l'extrémité externe du sourcil : 16 onces de sang avaient été tirées, et la plaie réunie par des bandelettes agglutinatives, soutenues par un bandage, était guérie le troisième jour.

Une semaine après, une petite tumeur, du volume d'une tête d'épingle, se développait dans le centre de la cicatrice, et depuis cette époque elle augmentait lentement.

A l'entrée du malade, elle présentait les caractères suivants :

Son volume et sa forme la rapprochaient d'un mamelon ; elle était pulsatile ; on y reconnaissait parfaitement un mouvement d'expansion évidemment isochrone aux battements du cœur.

Quoique résistante à la pression, elle se vidait en partie alors, surtout quand la branche artérielle qui lui donnait naissance était

(1) Mémoires de la Société médicale d'émulation, 9^e volume, 1826, p. 277.

en même temps comprimée. Dès qu'on cessait la compression, la tumeur revenait instantanément à son premier état.

Un morceau de liège circulaire un peu plus étendu que l'anévrysme et enveloppé de plusieurs doubles de linge fin fut placé sur la tumeur et maintenu par un emplâtre adhésif et un bandage de manière à exercer une pression constante mais modérée.

Cinq jours après, la tumeur était plus petite, plus dure et ses battements moins forts.

Au bout de douze jours, elle avait presque disparu, ses battements avaient complètement cessé.

Le dix-huitième jour, il existait un enfoncement sur le siège qu'occupait l'anévrysme; l'artère était oblitérée dans ce point, mais ses battements continuaient de chaque côté.

M^r C. rnick fut renvoyé guéri, avec la recommandation de porter pendant quelque temps encore une légère compression sur la place occupée par la tumeur.

Dans le cas suivant, Rizzoli put guérir un petit anévrysme à l'aide de la compression appliquée pendant quatre nuits :

OBSERVATION IV.

Anévrysme traumatique de l'artère temporale superficielle gauche.
Compression médiate et directe. Guérison (1).

Vers la fin de 1835, le professeur Baroni avait fait une chute de voiture; il en était résulté une forte contusion à la tempe gauche et un épanchement de sang considérable.

Tout d'abord cette blessure parut sans importance, et l'on se borna à y faire des applications froides. Quelques jours après, cependant, la tuméfaction de la tempe ne diminuant pas, et la gêne qu'en éprouvait le blessé lui étant insupportable, il explora la partie avec le doigt et constata des pulsations manifestes. Dès lors, l'idée d'un anévrysme traumatique de la temporale superficielle lui vint à l'esprit, et un examen attentif confirma son diagnostic.

(1) Rizzoli. Clinique chirurgicale, 1872, p. 4.

Il n'en persista pas moins, pendant quelques temps encore, dans ses applications froides; mais elles ne firent que hâter l'absorption du sang épanché, ce qui permit de constater une tumeur parfaitement circonscrite pouvant avoir le volume d'une noisette.

Le professeur Baroni voulait d'abord faire lier la temporale, mais sur les conseils de Rizzoli, il se décida à essayer la compression directe sur la tumeur.

Pendant quatre soirs, on appliqua sur la tumeur des petites compresses maintenues solidement fixées au moyen d'une bande roulée; chaque matin, on ôtait cet appareil. Pendant les deux premières applications, on ne put constater aucun changement sensible dans la tumeur, mais à la troisième elle devint plus petite, plus dure, moins pulsatile, et à la quatrième, son volume ne dépassa pas celui d'un grain de maïs; sa dureté était très grande, et les pulsations avaient totalement disparu. On cessa dès lors tout traitement, et huit jours après, il ne restait plus trace de la lésion. La guérison fut permanente.

D'autres fois on a eu recours à la ligature du vaisseau sur le trajet duquel la tumeur était située comme dans l'observation suivante de M. Cooper :

OBSERVATION V.

Anévrysme de l'artère temporale, suite de l'application de ventouses.
Ligature. Guérison.

(The Lancet, 1836, septembre).

Sarah Wilkinson, 38 ans, servante, s'est présentée plusieurs fois à la consultation de M. Carswell, pour être traitée d'un rhumatisme. Des ventouses lui ont été appliquées sur la tempe gauche depuis un mois. L'artère temporale ayant été divisée par le scarificateur, il s'est formé en peu de jours une petite croûte à l'endroit de l'incision, qui est devenue petit à petit proéminente. Ensuite elle augmenta tout à coup et prit la forme d'une petite tumeur pulsatile à la vue et au toucher. Sa présence n'occasionnait aucune douleur, mais elle était sensible à la pression.

M. Carswell a désiré faire voir la malade à M. Cooper; la nature de la tumeur n'a point été douteuse : on sentit un gros vaisseau postérieurement dont la compression faisait cesser les pulsations.

Une incision a mis le vaisseau à découvert; on l'a lié à l'aide d'un fil passé avec une aiguille; mais après cette ligature les battements de la tumeur persistaient. On a alors pratiqué une incision de manière à diviser transversalement tous les vaisseaux, qu'on a lié ensuite successivement. On a pansé à l'aide d'une compresse et d'une bande. Pas d'hémorrhagie. Bon état de la plaie. Guérison radicale.

Dans le cas suivant, le D^r Fleming a employé pour lier l'artère un petit procédé particulier, qui lui a permis d'éviter à son malade une cicatrice désagréable à la tempe. Ce petit procédé pourra recevoir une heureuse application dans des cas particuliers :

OBSERVATION VI.

Anévrysme traumatique de l'artère temporale. Compression sous-cutanée. Guérison. Par le D^r Fleming, de Glasgow.

(Glasgow Medic. Journal, sept. 1881).

M. W... W..., jeune homme de 22 ans, fut jeté avec force d'une voiture le 3 avril dernier, et dans sa chute il se frappa la tête contre un fossé.

Il s'est fait ainsi une plaie assez régulière ressemblant à une incision située à 1 centimètre au-dessus de la partie externe du sourcil gauche, en même temps que d'autres légères excoriations.

La plaie saignait abondamment, elle fut pansée par le D^r Robertson qui put arrêter l'hémorrhagie sans faire de ligature.

Deux jours après, je vis le patient et je trouvai une plaie en voie de guérison rapide; aucun accident à ce moment, mais un mois plus tard apparaissait une petite tumeur pulsatile un peu à côté de la petite cicatrice. Quand j'ai revu le malade le 26 mai (un peu

plus de six semaines après l'accident) la tumeur avait le volume d'un petit pois, elle était évidemment constituée par un anévrysme.

La pression directe avec le doigt vidait immédiatement le sac. La pression exercée sur l'artère temporale en dehors de la tumeur produisait une diminution considérable mais pas l'effacement complet.

Pendant dix à quinze jours, j'essayai par des méthodes variées à appliquer une pression directe sur le petit anévrysme, mais malgré ces tentatives la tumeur continuait à s'accroître lentement mais progressivement.

J'hésitai beaucoup à appliquer le traitement ordinaire, c'est-à-dire la ligature, étant désireux d'éviter de multiplier les cicatrices dans une région découverte, et de plus sachant qu'avec une tumeur et un vaisseau si petits l'opération présenterait probablement des difficultés.

Je me décidai donc à employer la méthode suivante le 24 juin.

J'ai pris une aiguille courbée comme un hameçon avec un gros fil de soie phéniquée. J'ai cherché avec grand soin la position exacte qu'occupait le vaisseau, dont on sentait les battements; je passai le fil au-dessous de lui, aussi profondément que possible, jusqu'au péricrâne et je l'ai fait sortir à un centimètre environ du point d'entrée.

Ayant constaté ensuite qu'une traction exercée sur le fil arrêta presque complètement les battements, je le liai en serrant fortement sur un tube en caoutchouc d'un centimètre de diamètre environ.

La force employée était assez considérable pour faire une rainure dans le caoutchouc. Je passai ensuite un coin de bois (le bout d'une allumette) entre la ligature et le tube. Les battements étaient considérablement amoindris, mais non abolis, et je cherchai s'il n'y avait un autre vaisseau qui alimentait la tumeur dans le but de lui appliquer le même procédé, ne réussissant pas à isoler un point dont la pression arrêterait complètement les pulsations, je laissai les choses ainsi.

Le lendemain, j'ai trouvé l'anévrysme complètement solide et je n'ai pu constater aucune pulsation; la ligature était encore serrée.

Quarante heures environ après l'opération, j'ôtai la ligature. La tumeur avait le même aspect et le même volume qu'au début,

mais elle était absolument solide et ne présentait pas le moindre battement. Le malade me dit que l'endurcissement et la cessation des battements avait eu lieu dans les deux premières heures qui suivirent l'opération.

Depuis lors, la tumeur est restée solide, et elle a commencé à diminuer de volume.

J'ai rapporté ce cas parce qu'on ne voit que rarement l'anévrisme traumatique de la temporale, et parce que l'anévrisme traumatique n'est pas ordinairement produit par le contact d'un bord mousse, une pierre, par exemple.

Le but que je me suis proposé dans cette opération était d'appliquer une pression élastique de manière à diviser ou tout au moins d'oblitérer le vaisseau qui alimentait l'anévrisme mais sans diviser la peau. Le tube élastique a parfaitement rempli ces conditions. Il est naturellement impossible de dire si le vaisseau a été sectionné ou simplement oblitéré par la pression. Le point d'application de la ligature n'a pas suppuré et il n'en reste pas aujourd'hui aucune trace.

La galvano-puncture a été employée une fois avec succès par M. Pétrequin. Comme on le voit dans l'observation suivante, l'opération a été très douloureuse et le chirurgien obligé de s'arrêter au bout de douze minutes :

OBSERVATION VII (1).

Anévrisme de la temporale gauche, guéri par la galvano-puncture.
(Pétrequin).

Le 4 août 1848, le sieur D..., âge de 19 ans, tombe d'un 2^e étage; il présente une ecchymose forte de l'œil gauche et une fracture de la mâchoire inférieure. Le 9 septembre, je pus m'occuper spécialement d'une petite tumeur de la tempe gauche, du volume d'une amande, de consistance molle; c'était un anévrisme de l'artère temporale. La tumeur offre des battements isochrones à ceux du

(1) Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. XXI, p. 992.

pouls, qui cessent sous l'influence d'une pression faite au-dessous. L'anévrysme était probablement dû à la contusion de l'artère.

Le 10. Je fis une séance de galvano-puncture; je pris deux épingles en acier fines et acérées, et je les enfonçai de manière à les croiser en angle droit dans la tumeur, où elles pénétrèrent d'environ 2 centimètres. Je fis communiquer leurs têtes avec les pôles d'une pile. Au premier contact, le malade eut une secousse électrique et une douleur vive, et ces symptômes allèrent croissant; leur intensité devint très grande au quinzième couple, et je suspendis la séance; la durée de l'opération avait été de douze minutes, et j'avais trois fois changé la direction des courants.

Durant la manœuvre, je sentis les pulsations diminuer progressivement; à la fin de la séance, elles avaient complètement disparu. Il n'y avait plus qu'une tumeur solide et indurée. J'enlevai les épingles et le pansement consista en compresses d'eau blanche.

Le 12. La tumeur n'existait plus; l'artère temporale était oblitérée au-dessus, car on n'y trouvait pas de battements, tandis qu'ils étaient très sensibles au-dessous de l'anévrysme.

Le noyau qui avait succédé à la tumeur se résorba et la cure ne se démentit pas.

Dans l'observation du D^r Fontagnères que nous avons donné plus haut (page 14), l'anévrysme a été guéri par la cautérisation à flèches, après deux hémorrhagies secondaires assez sérieuses, et a fini par laisser une cicatrice adhérente au muscle temporal, cicatrice qui gênait la malade pour l'abaissement de la mâchoire. Il est probable que la ligature de l'artère temporale aurait épargné à cette malade la cicatrice adhérente et peut-être les hémorrhagies.

Dans le cas suivant le D^r Frestel a enlevé la tumeur anévrysmale après avoir lié les deux bouts de l'artère. L'opération a été suivie de succès :

OBSERVATION VIII (1).

Anévrysme vrai circonscrit de l'artère temporale, suite de contusion.
Par Frestel.

Un employé des postes de Saint-Lô reçut en jouant avec un ami un coup de canne sur la bosse pariétale droite. Quelques mois après, il me fit examiner une petite tumeur située à 4 centimètres environ du bord antérieur et supérieur de l'oreille qui lui était poussée graduellement trois semaines après avoir reçu le coup de canne. Cette tumeur du volume d'un petit œuf de pigeon, placé sur le trajet de la branche fronto-temporale, était mobile, indolore, animée de battements isochrones au pouls. Si on la déplaçait dans le sens antérieur, les pulsations cessaient, et on sentait dans le lieu habituellement occupé par la tumeur des battements artériels. La compression entre la tumeur et le cœur faisait cesser les battements.

Plusieurs médecins croyaient avoir affaire à un kyste placé sur le trajet de la temporale.

Je croyais plutôt à un anévrysme, car il me semblait qu'il y avait dans la tumeur deux mouvements : l'un d'élévation, l'autre d'expansion. Que le premier était dû à l'artère temporale moyenne et le second au choc du sang provenant de la branche temporo-frontale antérieure sur les parois de cette artère anormalement dilatée. Le déplacement de la tumeur faisait cesser les battements en déterminant l'effacement des parois du vaisseau par suite du changement de position.

Je découvris la tumeur en faisant à sa surface une incision légèrement courbe ; c'était un anévrysme.

Je plaçai deux ligatures et je l'enlevai. Onze jours après la guérison était parfaite.

La tumeur avait 0 mèt. 035 de hauteur et 2 centim. de largeur ; les parois vasculaires étaient épaissies et tapissées d'un coagulum de couleur rougeâtre. Une dissection délicate montra les trois tuniques artérielles intactes. C'était donc un anévrysme vrai.

(1) Revue médico-chirurgicale, 1850, t. VII, p. 168.

Bottez.

Une seule fois on est allé jusqu'à lier la carotide primitive. Encore étant donné le peu de succès de l'opération, il est douteux que dans ce cas on ait eu affaire à un anévrysme :

OBSERVATION IX.

Tumeur anévrysmale de la région temporale, ligature de l'artère carotide primitive. Guérison, par M. Barrier.

(Journal de médecine de Lyon, 1848, janvier).

Une femme de 39 ans fit, il y a un an, une chute sur la tempe gauche; il s'y forma, huit jours après, une tumeur qui, petite d'abord, acquit peu à peu la grosseur d'une pomme ordinaire. Au bout de quatre mois, elle prit tout d'un coup plus de développement et devint pulsatile; en même temps, la glande thyroïde augmenta de volume. Il se manifesta aussi dans le bras et la jambe du côté opposé des crampes et des douleurs vives, mais fugaces.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle présente une tumeur égale aux trois quarts d'une orange, s'étendant dans un sens du conduit auditif à l'apophyse orbitaire externe, et, dans l'autre sens, depuis le sommet de la portion écailleuse, jusqu'à l'arcade zygomatique. Elle offrait des battements isochrones à ceux du pouls, cessant quand on comprimait la temporale vers son origine, ou bien la carotide primitive. En pressant sur la tumeur, on ne produisait ni douleur, ni aucun signe de compression du cerveau. Peau lisse et incolore; bruit de souffle perceptible, surtout à la base de la tumeur.

M. Barrier lia la carotide primitive le 3 septembre.

Aussitôt que le fil fut noué, les pulsations furent immédiatement suspendues dans la tumeur qui, en même temps, s'affaissa sensiblement et devint plus molle. Demi-aphonie et gêne de la déglutition survenues de suite.

Le lendemain, les crampes qui occupaient les membres du côté opposé à la tumeur, avaient disparu; la dysphagie et l'aphonie cessèrent dès le troisième jour.

La ligature tomba le treizième jour; la cicatrisation de la plaie

marcha lentement, et le 28 novembre, jour de la sortie de l'hôpital, elle n'était pas encore complète.

La malade a été revue le 10 décembre. La plaie était presque entièrement guérie; la tumeur avait diminué de volume depuis la sortie de l'hôpital, ne présentait point de battements et tout symptôme du côté des fonctions cérébrales avait cessé.

Nous ferons remarquer en terminant que l'injection de perchlorure de fer, pratiquée une seule fois (Fontagnères), n'a pas donné tous les résultats qu'on était en droit d'attendre.

B. Anévrysme artério-veineux.—Est en général rare, plus d'une fois il a été nié et les observations rapportées comme telles ont souvent été discutées et mises en doute, comme l'observation suivante de M. Rufz :

OBSERVATION X.

Anévrysme variqueux de la région temporale gauche.
Par Rufz, de Martinique (1).

(Communiquée par A. Bérard à l'Académie de médecine, séance du
27 novembre 1838.

Il s'agit d'un mulâtre phthisique, qui fut blessé, il y a environ quatorze ans, par un coup de bouteille dans la région parotidienne. Depuis cette époque, il s'est formé une série de tumeurs noueuses, en chapelet, occupant toute la région temporale gauche. Ces tumeurs sont recouvertes par une peau non altérée dans sa couleur mais très amincie; elles s'affaissent quand on comprime l'artère carotide; l'œil, du côté lésé, est un peu saillant; le malade ne perçoit que le bruissement artériel; mais il n'a pas de vertiges ni d'éblouissements.

(1) Archives gén. de méd., 3^e série, t. III, 1838.

M. Rufz regarde la maladie comme un anévrysme variqueux développé au dépens des veines temporale, pariétale et même occipitale. Il a pensé à la ligature de la carotide primitive, mais l'état du malade s'y oppose.

M. Bérard dans le rapport qu'il a fait sur cette observation est plutôt porté à penser qu'il s'agit d'un anévrysme cirsoïde. Il croit l'opération inutile à cause des anastomoses nombreuses qui ramèneraient le sang dans la partie malade.

Pourtant on possède aujourd'hui des observations concluantes, où la communication artério-veineuse a été constatée pendant l'opération. Nous en rapporterons deux exemples. Ces anévrysmes sont dus en général à des plaies (coups de sabre, saignées, etc.), et ils s'annoncent par l'existence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, avec dilatation veineuse, animée de battements isochrones au pouls, présentant un frémissement vibratoire manifeste et un souffle continu avec renforcement, tous les deux ayant leur maximum d'intensité au niveau de la tumeur et diminuant à mesure qu'on s'en éloigne, les veines superficielles frontale, temporale, jugulaire même (Moore) sont considérablement dilatées, se creusent des sillons sur les os et présentent des pulsations qui ne sont jamais aussi marquées que dans l'anévrysme cirsoïde. La compression exercée sur la temporale, arrête les battements et le souffle et produit jusqu'à un certain point l'affaissement de la tumeur.

L'anévrysme artério-veineux est souvent difficile à reconnaître, on peut le confondre fréquemment avec l'anévrysme cirsoïde et il faut le dire, malgré les efforts des auteurs ce diagnostic est souvent incertain quand il s'agit de la région qui nous occupe. Nous réunissons dans le petit tableau suivant les principaux signes qui serviront de guides pour dif-

férencier ces deux affections. Mais comme aucun de ces signes n'est pathognomonique, plus d'une fois on a besoin de la consécration anatomo-pathologique pour assurer son diagnostic.

ANÉVRYSME CIRSOÏDE.	ANÉVRYSME ARTÉRIO-VEINEUX.
Pulsations violentes d'autant plus marquées que les varicosités sont plus volumineuses.	Pulsations circonscrites. Moins énergiques perçues seulement autour du traumatisme (Robert) (2).
Souffle étendu, franchement intermittent (Gosselin) (1).	Souffle circonscrit, cessant par la compression de l'artère lésée (Robert).
Tumeur bosselée et arrondie (Gosselin).	Tumeur de forme allongée (Gosselin).
Marche envahissante.	Tumeur limitée.
Hémorrhagie presque fatale.	Hémorrhagies rares (Prescott Hewett).

Avant de terminer avec ce diagnostic, nous ferions remarquer que lorsque la tumeur cirsoïde est congénitale ou quelle est consécutive à un nævus, le diagnostic est considérablement simplifié.

Le traitement de cette affection consiste dans la ligature du vaisseau lésé aussi près que possible de l'anévrysme. Dans le cas suivant (Moore), la ligature de la carotide externe au sommet de la parotide a suffi pour la guérison :

OBSERVATION XI (3).

Anévrysme artérioso-veineux de l'artère temporale,
par M. Ch.-H. Moore.

Thomas A..., âgé de 60 ans, avait été saigné à l'artère temporale gauche dans sa vingt-quatrième année, cette opération fut suivie

(1) Robert. Bull. de l'Acad. de méd., 1851.

(2) Gosselin. Mém. sur les tum. cirsoïdes artérielles. Académie des sciences, septembre 1867.

(3) Medico-surgical Transactions, vol. XLI, p. 1.

de plusieurs hémorrhagies auxquelles on mit un terme finalement à l'aide de la compression. Une petite tumeur formée au niveau de la plaie subsista, malgré l'emploi de ce moyen; elle était animée de battements isochrones au pouls, que le malade arrêta à son gré en exerçant une compression derrière l'angle de la mâchoire. Pendant les deux ou trois années qui suivirent, il semblait qu'un vaisseau de la tempe se dilatait au point d'acquies le diamètre du petit doigt; le malade, aussi bien que les personnes qui l'entouraient, y percevaient un bruit particulier.

Quelques années après, la tumeur, formée par les vaisseaux dilatés, avait acquis le volume du poing, mais jusque-là le malade n'avait pas été incommodé.

En juillet 1887, un abcès se forma à la tempe.

Trois semaines après son ouverture spontanée, hémorrhagie extrêmement abondante (évaluée à 4 pintes) qui fut arrêtée par la compression, une nouvelle hémorrhagie survint quinze jours plus tard et fut de nouveau arrêtée. Le malade épuisé, exsangue, entra à l'hôpital Middlesex le 30 septembre.

Le cuir chevelu était fortement œdématié à gauche, et un abcès volumineux existait derrière l'oreille du même côté; une ulcération située à la tempe était entourée de tous côtés de vaisseaux tortueux égalant en volume l'artère brachiale et animés de battements expansifs quand on comprimait dans l'espace parotidien. On pouvait alors constater que les parois de ces vaisseaux étaient molles et flasques; on ne sentait pas de thrill dans les veines du cuir chevelu, ce qui tenait peut-être à l'œdème de cette partie. Deux veines très dilatées descendaient le long du cou sur le trajet de la jugulaire externe.

On y sentait des battements artériels surtout prononcés à leur partie supérieure et au thrill continu. La dilatation des veines ne s'étendait pas aux régions frontale, occipitale et mastoïdienne.

Craignant qu'une nouvelle hémorrhagie emportât le malade, M. Moore se décida à lier la carotide externe au sommet de la région parotidienne. Il lia le premier vaisseau qu'il rencontra battant sous sa main: c'était une veine; les battements continuèrent à se faire sentir dans la tempe et au-dessus de la ligature dans le vaisseau même. On découvrit alors, près le bord postérieur du masséter une artère tortueuse et déviée de sa situation normale qui se rendait à l'anévrysme. Sa ligature fit cesser les battements dans la

tempe, dans le vaisseau précédemment lié et dans les veines jugulaires dans lesquelles le thrill s'arrête également.

La guérison, entravée un moment par un érysipèle, fut complète au bout de deux mois.

Dans le cas suivant de Stromeyer la ligature de la carotide primitive ne donna qu'un soulagement momentané et l'on fut obligé deux ans après d'employer la méthode ancienne, c'est-à-dire fendre la tumeur et lier les vaisseaux qui saignaient :

OBSERVATION XII.

Anévrysme artérioso-veineux de la temporale droite.
Cas de M. Stromeyer (1).

Un étudiant reçut en duel, en 1835, un coup de sabre dans la région temporale droite; il y eut forte hémorrhagie. On fit une suture; mais le côté de la face resta tuméfié et comme paralysé. Quelques jours après, sifflement particulier dans l'oreille droite, petite tumeur à l'extrémité inférieure de la cicatrice, animée de pulsations vibratoires. La tumeur augmenta petit à petit; les veines temporales et frontales se dilatent.

En septembre 1836, on veut lier la carotide externe, mais le vaisseau paraît trop dilaté.

Onze mois après l'accident, voici ce qu'on observe : tumeur bleuâtre du volume d'une noix, près de l'oreille, avec pulsations isochrones au pouls; à l'auscultation, bruissement analogue au souffle placentaire, s'irradiant dans la veine temporale très dilatée. Les veines frontales, dilatées, avaient creusé des sillons dans l'os. La compression de la carotide primitive et de la temporale, au-dessous de la tumeur, fait disparaître tous ces signes; la compression au-dessus rend la tumeur plus dure, les pulsations plus obscures. L'anévrysme variqueux est diagnostiqué.

Un régime diététique sévère amenda les symptômes.

La compression fut pratiquée en vain.

(1) Schuttelaere. Thèse de Paris, 1881, n° 99.

La carotide primitive fut liée en janvier 1838, mais, après rétablissement de la circulation collatérale, tous les symptômes reparurent.

Six ans plus tard, en 1842, l'état du malade s'étant encore aggravé, on opéra l'anévrysme par la méthode ancienne : la carotide fut comprimée contre l'angle de la mâchoire, puis le sac ouvert ; les veines dilatées se vidèrent et, lorsqu'on cessa la compression, un jet de sang artériel partit de la portion inférieure du sac ; la veine se prolongeait en entonnoir dans la substance de la carotide. On lia la partie inférieure du sac veineux, puis l'artère auriculaire postérieure qui donnait du sang en haut.

Les pulsations cessèrent et la cicatrisation se fit.

On voit par ce qui précède de combien peu d'utilité peut être dans ces cas, au point de vue du résultat final, une opération aussi grave que la ligature de la carotide primitive.

Anévrysme de la méningée moyenne.— Cet anévrysme est excessivement rare. Sur 68 observations d'anévrysmes des artères du cerveau consignées par le Dr Gonguenheim dans sa thèse (1), et on sait que ces anévrysmes sont rares, on trouve seulement deux cas d'anévrysmes de la méningée moyenne. Sur ces deux cas, un faisait saillie dans la région temporale après avoir perforé l'os. Un chirurgien de campagne l'enleva croyant avoir affaire à une loupe. La malade est morte. Voilà, du reste l'observation :

OBSERVATION XIII.

Anévrysme de l'artère méningée moyenne,
par von Krimer (2).

Une paysanne portait à la tempe gauche une tumeur de la grosseur d'une noix, non douloureuse à la pression, dure, mo-

(1) Tumeurs anévrysmales des artères du cerveau. Paris, 1866.

(2) Archives gén. de méd., 1^{re} série, t. XVII, p. 593.

bile(?), et recouverte par des téguments sains. Cette tumeur s'était développée après un coup que la malade reçut à la tempe. Un chirurgien fut consulté; croyant avoir affaire à une loupe, il proposa l'opération et la malade y consentit. Après avoir disséqué la peau, l'opérateur trouva que la tumeur était située sous le muscle temporal; en conséquence, il incisa celui-ci en évitant l'artère temporale externe; la tumeur était fixée à l'os même par un pédicule de la grosseur d'une plume à écrire; d'un seul coup de bistouri, le chirurgien coupa ce pédicule; mais aussitôt du sang artériel sortit en grande abondance de l'endroit auquel la tumeur avait été attachée. Effrayé par cette hémorrhagie et craignant d'avoir entamé l'artère temporale profonde, l'opérateur tâcha de découvrir cette artère après avoir préalablement tamponné l'ouverture qui fournissait le sang; mais dans la circonférence d'un pouce autour de cette ouverture il ne trouva pas d'artère, et ce n'est qu'un peu plus loin et en avant qu'il découvrit la temporale profonde parfaitement intacte. Ayant alors exploré de nouveau avec le doigt l'ouverture par laquelle le sang s'était écoulé, il trouva que celle-ci avait son siège dans l'os lui-même. La malade n'avait perdu qu'une livre et demie de sang, et néanmoins, malgré tous les soins qu'on lui prodigua, elle perdit bientôt connaissance et mourut quelques heures après. L'ouverture du corps ne fut pas permise, mais on constata, au moyen d'une sonde introduite dans l'ouverture qui avait fourni le sang, et par l'inspection de la tumeur enlevée, que celle-ci ne pouvait être autre chose qu'un anévrysme de la ménigée moyenne.

Il paraît qu'après l'ablation de la tumeur, l'artère se retira de l'ouverture faite à l'os, et que le sang dont l'écoulement au dehors était empêché par le temponnement, s'épancha dans l'intérieur du crâne, et causa ainsi la mort de la malade.

Nous croyons cette observation unique dans la science. Les auteurs du *Compendium de chirurgie* parlent bien d'un cas qui aurait été observé par Bégin; il doit y avoir confusion. Bégin cite en effet (1) un anévrysme de la ménigée

(1) Bégin, *Diction. en 15 vol.*, 1829, t. II, article *Anévrysme*, p. 533

moyenne, mais c'est le résumé de l'observation de Krimer dont il ne dit pas le nom. En outre Kremnitz (2) a rapporté un soit-disant cas d'anévrysme de la méningée moyenne, faisant saillie dans la région temporale et traité par la ligature de la carotide primitive qui amena la cessation passagère des phénomènes observés; trois ans après la malade étant morte, on trouva un fungus du diploè crânien qui avait fini par perforer le crâne dans une petite étendue : c'était donc une erreur de diagnostic.

Nous n'insisterons pas beaucoup sur la symptomatologie de cette affection, les matériaux nous manquent. Dans le cas publié par Von Krimer, le seul indiscutable, il est dit que la tumeur était solide, dure, circonscrite, arrondie : on ne parle ni de souffle ni de battement. Le fait se passait en 1828, le chirurgien avait peut-être négligé de les chercher; mais en tous cas on s'explique difficilement comment une fois la tumeur mise à découvert et bien isolée on n'ait pas pu constituer un seul signe qui puisse faire penser à un anévrysme et empêcher une opération mortelle.

En rapportant le cas observé par Bardeleben, Kremnitz essaie de tracer le diagnostic différentiel des anévrysmes de la méningée moyenne faisant saillie à l'extérieur. Après avoir insisté sur les pulsations, la réductibilité, le souffle, il donne comme signe certain d'anévrysme l'affaissement et la cessation du souffle et des battements par la compression de la carotide primitive du côté malade, et l'exagération de tous ces signes par la compression de la carotide primitive du côté sain. Certainement ces signes ont une grande valeur, mais on ne peut pas se défendre de songer à la difficulté de

(2) Revue des sciences médicales, 1875, p. 692.

leur constatation *certaine* quand on pense à fin de l'observation.

Le seul traitement qui conviendrait à cette lésion est certainement la compression ou la ligature de la carotide primitive.

ANÉVRYSMES CIRSOÏDES.

On désigne ainsi des tumeurs formées par la dilatation avec allongement des différents vaisseaux formant un département artériel.

Aujourd'hui la plus grande fréquence de cette lésion à l'extrémité céphalique est pleinement établie. Sur 78 cas d'anévrysmes cirsoïdes que M. Terrier a réunis dans sa thèse (1) 53 siègent à la tête. Sur les 60 cas d'anévrysmes cirsoïdes à la tête que le professeur Heine de Heidelberg (2) a réunis, on trouve :

Oreille et ses environs.....	12
Région temporale.....	12
— frontale.....	10
Moitié de la face.....	7
— la tête.....	4
Région pariétale.....	6
— occipitale.....	4
— sous-auriculaire.....	1
— labiale.....	1
La tête (sans autre désignation).....	3

On voit, par cette statistique sommaire, que la région temporale est une de celles qui sont le plus souvent atteintes d'anévrysme cirsoïde.

Le début des tumeurs cirsoïdes est en général insidieux.

(1) Terrier. Thèse de concours, 1872.

(2) Vierteljahrschrift f. prak. Heilkunde, Bd III à IV.

Parfois elles apparaissent dès la naissance (5 fois sur 12 pour la région temporale (Heine). A la période d'état, l'anévrysme cirsoïde est constitué par une tumeur sous-cutanée, bosselée, proéminente au centre, irrégulière et mal limitée; la peau qui la recouvre présente souvent une coloration anormale soit à cause du nævus qui y existait primitivement, soit par suite d'un amincissement progressif du derme. On a noté parfois un certain aspect éléphantiasique. Au toucher, cette tumeur est élastique molle, fluctuante, réductible en totalité par la pression, mais reprenant son volume aussitôt que la compression a cessé. On y trouve des battements parfois du thrill. Les pulsations sont isochrones au pouls et plus ou moins accusées. Quand on touche ces tumeurs on a la sensation de paquets de ficelle ou de vers (Terrier), enfin lorsqu'on explore les os sous-jacents on les trouve déprimés et creusés de sillons, parfois même perforés (F. Verneuil). A l'auscultation, on constate un bruit de souffle continu avec redoublements; parfois simplement intermittent. La température est augmentée du côté de la tumeur. Signalons enfin la dilatation parfois considérable de toutes les artères afférentes; plus rarement les veines participent à cette dilatation. Rarement des névralgies ou des sensations désagréables du côté de la tumeur. La marche des anévrysmes cirsoïdes est lente ou très rapide; elle paraît accélérée par l'apparition d'ulcérations cutanées suivies d'hémorrhagies.

Le diagnostic des anévrysmes cirsoïdes est souvent embarrassant. En effet on peut confondre cette affection avec des tumeurs érectiles, des anévrysmes, l'anévrysme artérioveineux enfin, avec certaines tumeurs malignes télangiectasiques.

Les tumeurs érectiles veineuses ne peuvent guère être

confondues avec l'anévrysme cirsoïde. Toutefois il faut se rappeler qu'à un moment donné elles peuvent se transformer en anévrysmes cirsoïdes (Broca). Quant aux tumeurs érectiles, artérielles, surtout celles qui ont des battements, elles peuvent par suite de leur évolution naturelle (Broca) présenter tous les signes des anévrysmes cirsoïdes.

L'anévrysme artériel siège sur le trajet connu de l'artère temporale, ne dépasse pas en général le volume d'une noix, et la compression de l'artère produit l'affaissement de la tumeur et la cessation de ses battements.

Plus difficile est le diagnostic d'avec l'anévrysme artério-veineux ; pourtant la forme bosselée de l'anévrysme cirsoïde diffère notablement de la tumeur due à un sac anévrysmal (Gosselin). Quoi qu'il en soit, souvent le diagnostic reste incertain et l'étude des signes prête à des interprétations différentes (obs. X). Nous renvoyons pour plus de développements à l'article Anévrysme artério-veineux.

Les tumeurs télangiectasiques sont irréductibles, leur développement est en général rapide ; elles se rencontrent surtout chez des gens âgés ; présentent des douleurs lancinantes, et l'état général des individus qui en sont porteurs est en général plus ou moins altéré. Autant de caractères qui doivent faciliter le diagnostic. Quant au traitement, l'expectation a été jugée par tous les auteurs comme dangereuse. Nous en dirons autant de la compression qui, presque toujours inutile, peut devenir parfois la source d'accidents redoutables : l'hémorrhagie et même la perforation du crâne. M. F. Verneuil rapporte dans sa thèse (1) le cas d'un jeune homme de 22 ans, atteint d'anévrysme cirsoïde du crâne,

(1) Thèse de Montpellier, 1851, n° 44.

traité pendant six mois par la compression faite à l'aide d'une capeline dextrinée fixe, qui est mort brusquement. A l'autopsie on trouva une perforation des os du crâne et la rupture de l'anévrysme donnant lieu à un épanchement sanguin dans le crâne. Aussi le plus souvent doit-on recourir à des moyens plus énergiques, parmi lesquels nous placerons en première ligne les moyens destinés à supprimer le cours du sang dans la tumeur, la ligature des vaisseaux, à commencer par le tronc carotidien jusqu'aux branches afférentes de la tumeur. Opérations insuffisantes souvent simplement palliatives et pas toujours exemptes de dangers. Nous donnons ici une observation empruntée à la pratique de M. Maisonneuve, qui montre bien l'insuffisance de la méthode :

OBSERVATION XIV.

Tumeur variqueuse artérielle du crâne. Ligatures successives des artères carotides externe, primitive, interne. Hémorrhagies consécutives. Accidents cérébraux. Mort. Autopsie.

(Maisonneuve, Bull. de Société de chirurgie, t. I, p. 400).

Tumeur développée quinze jours après avoir reçu un coup sur la région temporale chez une femme de trente et quelques années, d'une bonne constitution, qui en a reconnu l'existence il y a environ deux mois. Cette tumeur siégeait au côté gauche de la tête dans la région temporale; elle fit de rapides progrès en déterminant de vives douleurs, et laissait craindre l'envahissement du côté droit de la tête.

En conséquence, M. Maisonneuve, qui avait reçu la malade à l'hôpital Cochin, rechercha quelle opération il y avait à faire, et se décida pour une ligature d'artère. Mais, en réfléchissant aux insuccès des ligatures de la carotide primitive pratiquées pour des tumeurs semblables, il dut renoncer à cette opération qui avait échoué presque toutes les fois pour des tumeurs extérieures du

crâne. La ligature de la carotide externe fut décidée et exécutée avec facilité.

La tumeur cessa de battre et diminua ensuite.

Tout alla bien jusqu'au vingtième jour, époque à laquelle une hémorrhagie peu abondante se déclara par la plaie; la compression l'arrêta pendant deux jours; mais l'hémorrhagie s'étant renouvelée deux fois, M. Maisonneuve lia d'abord la carotide primitive avec quelque difficulté et sans résultat.

Alors on essaya de mettre à découvert la carotide interne, mais la dissection incomplète ne permit qu'une ligature médiate dans laquelle, sans le savoir, on comprit le sympathique.

Trois jours après, la malade est morte.

Autopsie. — Sphacèle du lobe droit du cerveau. Tumeur formée par un amas de petites artères entrelacées, dilatées, augmentant plus ou moins de volume et constituant une sorte de varice artérielle avec des renflements vasculaires rapprochés les uns des autres. « C'est un fait remarquable d'artério-stasie des artères temporales », dit M. Maisonneuve.

Le sympathique était compris dans la ligature de la carotide interne et de la carotide primitive.

Un autre procédé consiste à détruire la tumeur par les caustiques, la ligature en masse, ou même l'extirpation par l'instrument tranchant, chaque fois qu'il a pu être appliqué sans trop de dangers. L'observation suivante, due à M. Guéniot, est un bel exemple :

● OBSERVATION XV.

Tumeur cirsoïde artérielle traitée avec succès par l'ablation au bistouri.
Par M. Guéniot.

(Société de chirurgie, 13 novembre 1867).

Le 25 août 1867, le nommé Gautier (Jérôme), âgé de 10 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine pour se faire soigner d'une tumeur pulsatile siégeant à la région temporo-pariétale. Cette tumeur date

de neuf ans, et, à son début, les progrès ont été très lents; mais, depuis trois ans, il y a dans l'oreille une sensation de souffle, de sifflement.

Cette tumeur s'étend depuis l'arcade zygomatique jusqu'à la partie supérieure du crâne; elle forme un relief de 2 centimètres. A sa périphérie, elle continue avec des grosses veines; elle présente 8 centimètres sur 10; sa forme est celle d'une demi-sphère très aplatie. A sa surface, il existe deux escharès, dont l'une large de 5 centimètres, existe au centre de la tumeur. Les deux ulcérations ont été faites par un caustique. Les battements, le souffle, firent porter le diagnostic de tumeur cirsoïde artérielle. La chute des escharès s'accompagna d'hémorrhagies assez violentes, qui nécessitèrent la compression directe. M. Guéniot, craignant une récurrence, se décida pour l'ablation. L'extirpation fut facile, mais il fallut faire vingt ligatures et appliquer des morceaux d'agaric légèrement humectés de perchlorure de fer; la perte de sang fut évaluée de 8 à 900 grammes; aussi le malade fut-il très affaibli après l'opération.

L'opération fut faite le 17 septembre; de peur de dénuder le temporal, M. Guéniot laissa au fond de la plaie une petite portion du tissu morbide, qu'il fut très facile de saisir et de lier en masse avec un fil de soie. Les gros vaisseaux s'affaissèrent très promptement après l'enlèvement de la tumeur et même, dès le quatrième jour, le tronc de l'artère temporale du côté opéré était moins gros et moins pulsatif que celui de la temporale du côté opposé.

Dans les courtes réflexions qui suivent cette intéressante observation, M. Guéniot, pour justifier en quelque sorte une intervention aussi radicale, fait remarquer que la ligature des troncs principaux, qu'on aurait pu faire, ne donne pas toujours des bons résultats, et que les injections de perchlorure de fer, moyen long et qui ne met pas à l'abri des hémorrhagies, auraient pu provoquer des caillots qui auraient amené la formation de larges escharès.

Nous donnons comme cas opératoire exceptionnel l'observation suivante, où le chirurgien a ouvert la tumeur et

fait suppurer la plaie qui en résultait. La guérison a heureusement couronné cette hardie tentative :

OBSERVATION XVI (1).

(The London medical and physical journal, avril 1833.)

Anévrysme par anastomose de l'artère temporale, nouvelle méthode opératoire.

Un enfant de 10 ans, de constitution scrofuleuse, se plaignait beaucoup depuis quatre ans de battements douloureux dans la région temporale droite, qui dataient probablement de sa naissance. A l'examen, je trouvai en cet endroit une tumeur élastique et fort inégale, faisant une saillie d'un peu plus d'un pouce, et plus dure et plus résistante à sa circonférence ; elle battait avec violence ; toutefois, avec une forte pression on arrêtait les battements et l'on pouvait arriver jusqu'à rendre aux parties leur état naturel, et sentir les os sur lesquels reposait la tumeur. Elle occupait le milieu du pariétal et offrait une forme circulaire dont le diamètre avait au moins quatre pouces, en sorte que le côté droit de la tête paraissait plus large que le gauche.

Les cheveux ayant été rasés, le malade maintenu par des aides, et l'appareil tout disposé pour arrêter l'hémorrhagie, je fis sur la tumeur, d'avant en arrière, une incision de 3 pouces qui divisa en travers le plus grand nombre et les plus considérables des dilatations anévrysmales. Il s'écoula beaucoup de sang artériel ; mais aussitôt une éponge fine étendue le long des bords de la tumeur fut comprimée avec force durant quelques secondes, de manière que le sang fût exprimé autant que possible des lèvres de la plaie et des parties contiguës. Tandis que l'opérateur tenait cette éponge comprimée avec une main, de l'autre, il prit une compresse assez large ; et en même temps qu'il enleva l'éponge, sans laisser à l'hémorrhagie le temps de reparaitre, il appliqua la compresse entre les lèvres de la plaie ; puis il recouvrit toute la tumeur jusqu'au delà de sa circonférence avec une éponge d'environ un

(1) Gazette méd. de Paris, 1833. p. 321.

pouce d'épaisseur, qu'on fixa à l'aide de bandelettes agglutinatives et d'un bandage. Après quelques heures, on diminua le degré de pression qui avait d'abord été jugé nécessaire, en défaisant quelques tours de bande. Le second jour, l'éponge fut remplacée par des compresses, de manière à ne pas exciter par une pression immodérée trop de douleur ou d'inflammation. Il fut nécessaire de recourir à de très légers moyens antiphlogistiques pour diminuer la douleur et la fièvre, conséquences de l'inflammation.

Le septième jour, les compresses furent détachées par une abondante suppuration et la plaie ne tarda pas à guérir, ses bords étant rapprochés par des bandelettes agglutinatives; il n'y eut point d'hémorrhagie secondaire. Il ne reste pas la plus petite trace de pulsation dans la circonférence de la tumeur; et la douleur et la saillie qu'elle faisait avaient entièrement disparu.

Mais un des moyens qui a donné peut-être les résultats les meilleurs et les plus constants, est l'injection de perchlorure de fer dans la tumeur à l'aide d'une seringue de Pravaz.

Nous terminerons ce court aperçu thérapeutique en donnant les préceptes sages et réservés que le professeur Verneuil a déjà formulé en 1858 (1) :

I. L'anévrysme cirsoïde doit être attaqué par des moyens chirurgicaux aussitôt que possible.

II. Les moyens indirects étant impuissants, on devra porter des agents coagulants et destructeurs sur le tissu érectile lui-même sans s'occuper des vaisseaux serpentins périphériques.

III. Le perchlorure de fer, les caustiques coagulants (chlorure de zinc), devront être mis en usage au début, de préférence à tout autre moyen. En cas d'insuccès, on aurait recours à la ligature en masse et à l'instrument tranchant.

(1) Revue critique sur le traitement de l'anévr. cirsoïde, Gaz hebdomadaire, 1858, p. 101.

TUMEURS ÉRECTILES.

Tous les auteurs sont d'accord pour signaler la plus grande fréquence des angiomes à la tête (Porta (1), Lebert (2), Broca (3), etc.), toutes les statistiques faites à ce point de vue donnent le même résultat : c'est ainsi que sur 60 cas de tumeurs érectiles réunies par Heine, 51 siègent à la tête. Weber a trouvé 21 angiomes à la tête sur 26 ; enfin dans la statistique de Porta, sur 151 tumeurs érectiles, 107 siègent à la tête. Que cette fréquence soit due comme le veut E. Boeckel à ce que l'extrémité céphalique est la plus exposée aux traumatismes lors de l'accouchement (?), ou qu'elle soit plutôt en rapport avec la multiplicité des fentes branchiales (angiomes fissuraux de Virchow), peu importe au clinicien, le fait existe et ne peut pas être nié. Mais d'un autre côté, si on sépare, dans ces statistiques, ce qui appartient au crâne, on trouve une grande prédominance pour la face ; ainsi dans la statistique de Porta, sur 107 tumeurs qui siègent à la tête, on en trouve 89 à la face et 18 seulement au crâne. Sur 74 cas de tumeurs érectiles de la tête réunies dans la thèse du Dr Barros Borgoño (4), 58 appartiennent à la face, il n'y en a que 16 au crâne, qui se répartissent de la manière suivante :

Région pariétale et occipitale,	8
— frontale,	5
— temporale,	3

(1) L. Porta. Dell'angiectasie. Milano, 1861.

(2) Lebert. Anatomie pathol., t. I, p. 207.

(3) Broca. Traité des tumeurs, t. II, p. 160.

(4) Borgoño. Thèse de Paris, 1879.

De ce qui précède, il résulte que : le crâne est bien moins souvent atteint de tumeur érectile que la face, et d'un autre côté que, de toutes les parties du crâne, la région temporale est celle qui paraît être le moins souvent atteinte. En général ces tumeurs sont congénitales ou tout au moins se développent surtout dans l'enfance.

L'angiome cutané circonscrit, caractérisé par l'existence de tumeurs petites, hémisphériques, parfois pédiculées comparables à divers fruits, rouges ou blanches, se décolorant par la pression et augmentant sous l'influence des efforts, est en général d'un diagnostic facile.

L'angiome sous-cutané forme une tumeur molle de consistance spongieuse, homogène, présentant parfois des points indurés, légèrement réductibles sous une pression méthodique, mais revenant vite à leur volume primitif, lorsqu'on cesse cette compression. Les cris et les efforts n'ont aucune influence sur leur volume. Parfois, enfin, ils présentent des pulsations et un bruit de souffle plus ou moins doux (Broca).

Le diagnostic de cette variété de tumeurs est toujours fort difficile et souvent impossible (Terrier). Quand la tumeur résulte de l'accroissement d'une tache ou fait suite à une tumeur cutanée, le diagnostic est simplifié, mais lorsque la tumeur est sous-cutanée d'emblée, on peut penser à un lipome ou à un fibrome, d'autant plus que ces néoplasmes peuvent eux-mêmes devenir le siège d'une vascularisation anormale (Ch. Monod). L'ancienneté ou l'origine congénitale de la tumeur, la réductibilité partielle, les dilatations artérielles ou veineuses périphériques, la coloration bleuâtre des téguments (Ch. Monod) sont autant de caractères qui serviront, sinon à assurer le diagnostic, du moins à fournir de fortes

présomptions en faveur de l'angiome. La rareté du lipome et du fibrome à la région temporale devra aussi être prise en sérieuse considération. Parfois les tumeurs érectiles s'entourent d'aspérités osseuses, se creusent une espèce de loge dans les os ; le diagnostic devient plus difficile, car on peut croire à une maladie de l'os et surtout à un fungus hématode ; le cas suivant est un bon exemple :

OBSERVATION XVII (1).

Tumeur érectile temporo-maxillaire droite. Ligature de la carotide primitive. Mort.

P. Bassini, 42 ans, marié, santé excellente, un peu alcoolique, n'avait jamais eu d'autre affection que des douleurs rhumatismales dans sa jeunesse. En 1839, il commença à se plaindre d'une douleur, ou plutôt d'une pesanteur pénible, dans la région temporo-maxillaire droite, douleur intermittente durant souvent plusieurs jours et s'accompagnant d'une certaine difficulté de mastication. Tois mois après les premières atteintes du mal, survint un léger gonflement de l'articulation de la mâchoire, en même temps que quelques petites tuméfactions au-dessus de l'arcade zygomatique. Croyant à des accidents de carie dentaire, le malade se fit arracher, sans aucun soulagement, une molaire supérieure cariée. Le mal continuant à faire des progrès, il entra à l'hôpital en mars 1842. A ce moment, la partie se trouvait un peu enflammée : on prescrivit des sangsues qui amenèrent une certaine amélioration. Le malade sortit, mais au mois de novembre de la même année il rentra à l'hôpital, plus malade que jamais.

La tumeur avait augmenté de volume, et se trouvait divisée en trois lobes distincts. Le premier siégeait dans la fosse temporo-maxillaire droite et pouvait avoir, comme circonférence, l'étendue d'une pièce de cinq centimes ; le second, plus petit, se trouvait au niveau de la tempe, et le troisième occupait la voûte palatine et faisait saillie dans la bouche, causant de la douleur et de la gêne de

(1) Rizzoli. Clinique chirurgicale, 1872, p. 78.

déglutition. Les trois tumeurs étaient molles, lisses à leur surface, présentant des battements synchrones au pouls; la compression des carotides arrêtait les mouvements et affaissait les tumeurs d'une manière notable.

Les tumeurs étaient entourées d'aspérités osseuses, la pression faisait rentrer la tumeur temporale dans un trou anormal dont on contournait les bords avec le doigt; en outre, par la pression, on diminuait le volume sans changer la consistance; les tumeurs étaient très mobiles et l'auscultation attentive ne montrait aucun signe.

L'augmentation rapide de la tumeur décida le chirurgien à lier la carotide primitive, le 14 novembre 1842. L'opération fut très bien supportée, les tumeurs diminuèrent graduellement de volume, les pulsations cessèrent, et bientôt le malade put avaler et parler à son aise.

Le sixième jour, la thyroïdienne commença à battre, et peu après cette pulsation se fit sentir dans la carotide elle-même au-dessus de la ligature.

Le 25 janvier, le malade se plaignit d'une sensation pénible dans la tumeur qui s'ulcéra petit à petit et qui devint le siège d'hémorrhagies abondantes et répétées qui finirent par emporter le malade cent un jours après l'opération.

Autopsie. (Nous ne prendrons que ce qui a trait à la tumeur érectile.)

La tumeur était formée d'un réseau vasculaire dans lequel les artères entraient en forte proportion et divisée en trois lobes distincts que l'on pouvait comparer pour le volume et la forme à trois petites noix. L'apophyse coronofide du maxillaire inférieur avait disparu ainsi qu'une grande partie du maxillaire supérieur : cette disparition laissait un trou par lequel passait un prolongement de la tumeur de la bouche, prolongement formant une tumeur à la joue. La tumeur temporale avait légèrement aminci l'apophyse

Mais dans ces cas, la pression faisait rentrer la tumeur dans un trou anormal dont on contournait les bords avec les doigts, ce qui n'arrive pas dans le cas de fungus des os du crâne; en outre, la réduction ne s'accompagne pas de signes de compression cérébrale comme dans le cas de fungus de la

dure-mère. La pression diminuait le volume sans changer la circonstance; enfin, la tumeur était mobile partout sans adhérence aux os ni aux téguments.

Au point de vue du *traitement*, on peut ranger les divers procédés chirurgicaux employés contre les angiomes en deux grandes classes :

Les uns ont pour but la *destruction* de la tumeur. Nous dirons peu de mots sur ces procédés, car on trouve rarement l'occasion de les employer dans la région qui nous occupe, région très vasculaire, désavantage pour l'hémostase, et en partie découverte, désavantage pour la cicatrice. Certainement, lorsque la tumeur est attachée par un petit pédicule ou pouvant être rendu tel par la compression, rien de plus facile; mais lorsqu'on a affaire à des tumeurs diffuses non isolables, il est bien plus commode et plus sûr de recourir à la seconde catégorie des moyens que nous appellerons, avec le professeur Broca, procédés *modificateurs*. Tous ont pour but de déterminer l'inflammation de la tumeur, qui s'atrophie et disparaît complètement.

Ce sont : l'acupuncture (Lallemand (1), le séton (Bérard), l'inoculation du virus vaccinal conseillée par les chirurgiens anglais; signalons ici le petit procédé opératoire préconisé par M. C. Paul (2) et qui consiste à recouvrir la tumeur par une couche épaisse de vaccin et à dessiner ensuite les lignes cicatricielles; c'est un procédé qui peut donner des bons résultats, si toutefois la tumeur n'est pas trop volumineuse. Enfin, et pour terminer, signalons la ponction des tumeurs par des aiguilles rougies au feu. Mais de tous ces procédés, celui qui a donné, peut-être, le plus de succès

(1) Arch. de méd., 1835.

(2) Soc. de thérapeutique, 13 juin 1877.

c'est sans doute les injections coagulantes et surtout celles de perchlorure de fer : ces injections doivent être faites en petite quantité à la fois, et on doit soigneusement comprimer le tour de la tumeur, soit à l'aide d'un anneau métallique, soit à l'aide d'aiguilles enfoncées jusqu'à l'os, de façon à comprendre le plus de tissus possible et en serrant ensuite ces tissus sur l'aiguille à l'aide d'une anse de fil comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION XVIII.

Tumeur érectile de la région temporale gauche. Injections de perchlorure de fer. Acupressure périphérique (1).

Le 12 mai 1874, l'enfant Louise D..., âgée de 18 mois, portant à la région temporale gauche, au niveau de la queue du sourcil, une tumeur érectile sous-cutanée du volume d'un œuf de pigeon, est admise à la clinique de l'hospice civil.

Le 15 juin et le 17 juillet, la tumeur fut traitée sans succès par l'ignipuncture, qui toutefois ne détermine aucun accident. M. Duplouty se décide alors, le 28 août, à recourir au perchlorure de fer en injection ; il inscrit la tumeur dans un octogone à peu près régulier, formé d'épingles enfoncées jusqu'à l'os, de façon à comprendre le plus de tissu possible. Une anse de fil est passée sous chaque épingle et serrée modérément ; l'injection est ensuite faite avec la solution à 20°.

Le 25 janvier 1874, l'injection est renouvelée dans un petit point qui restait molasse, avec les mêmes précautions, et cette fois le succès est complet.

Le Dr Battaudier, qui a dirigé les suites de l'élimination et de la cicatrisation, n'a pas eu à intervenir par des nouveaux moyens coagulants. Il a adressé il y quelques jours à peine à M. Duplouty, l'enfant guéri ; il constate une cicatrice mince gaufrée, fibreuse, non vasculaire.

(1) Rigaud. Th. de Paris, 1876, p. 37.

Depuis 18 mois, aucune tendance à la récurrence. La guérison peut être considérée comme définitive.

Le perchlorure de fer a été aussi employé d'une autre manière par le professeur Roser (1), il traverse les tumeurs avec des fils de coton imprégnés d'une solution de perchlorure de fer. L'écoulement sanguin des piqûres est immédiatement arrêté par la solution phénique, la réaction inflammatoire est insignifiante et la destruction de la tumeur s'accomplit de la manière la plus heureuse si l'on a placé un nombre suffisant de fils.

Dans ces dernières années on a aussi employé en injection l'hydrate de chloral qui a donné quelques guérisons, mais parfois à la suite de ces injections il est survenu des accidents fâcheux (M.Sée) de somnolence et coma qui heureusement se sont bien terminés.

Nous dirons en terminant qu'on a fait parfois la ligature de la carotide primitive pour des angiomes de la région temporale. Le résultat n'a pas été conforme aux espérances, le plus souvent la tumeur est restée stationnaire après une diminution de volume insignifiante. Sans parler du cas de Rizzoli que nous avons cité plus loin et qui était plus compliqué car la tumeur envoyait des prolongements jusque dans la bouche. Nous rapportons ici le cas suivant, présenté à l'Académie de médecine par le Dr Willaume, et qui est très instructif à cet égard.

(1) Journ. de méd. de Bruxelles, mai 1862.

OBSERVATION XIX.

Tumeur érectile de la région temporelle gauche. Ligature de la carotide primitive. Insuccès (1).

Par le Dr Willaume, chirurgien en chef de l'hôpital de Metz.

Un militaire âgé de 24 ans, d'une forte constitution, se présente à M. Willaume au mois de juin 1825, avec une tumeur du volume du poing, située à la région temporelle gauche; cette tumeur était sous-cutanée, bien circonscrite par un bord saillant; elle semblait s'être creusé une loge dans la fosse temporelle; elle était mamelonnée, molle, non pulsative; elle offrait à son milieu plusieurs noyaux plus consistants; elle présentait en un mot tous les caractères des tumeurs érectiles. Le malade avait été vu par Larrey et Dupuytren, qui n'avaient proposé aucune opération: cependant M. Willaume pensa que la ligature de l'artère carotide offrait une ressource pour guérir cette maladie incurable par tout autre moyen.

La ligature de l'artère carotide primitive fut pratiquée le 25 juin 1829. Cette opération ne détermina aucun accident immédiat. Deux heures après, la déglutition fut gênée, et le pouls devint fréquent, une saignée du bras fut pratiquée. Aucun accident ne se manifesta jusqu'au huitième jour, qu'il survint un malaise général avec perte d'appétit. On apprit alors que le malade avait fait un écart de régime, deux applications de sangsues firent disparaître ces symptômes; le vingt-et-unième jour la plaie était cicatrisée, la tumeur avait à peine diminué et le malade était du reste complètement rétabli. Ce ne fut que dans le commencement de décembre suivant, c'est-à-dire près de six mois après l'opération que l'on reconnut une notable diminution dans la tumeur et la disposition du petit noyau dur qui existait à son centre; mais là s'arrêtèrent les avantages de l'opération. La tumeur resta dans le même état.

M. Hervez de Chégovin chargé de faire un rapport sur cette observation rapporte plusieurs cas où la ligature de la

(1) Transactions médicales, Dr Gendrin, t. II, p. 406, 1830.

carotide a été sans influence sur des tumeurs analogues. Un cas de Pelletan, un autre de Mussey, chirurgien qui fut obligé de lier les deux carotides sans résultat. En terminant le rapporteur fait remarquer que la ligature de la carotide a toujours produit une grande amélioration quand il s'est agi de tumeurs de l'orbite, tandis qu'elle est restée sans influence sur les tumeurs de la tempe et se demande s'il faut attribuer cette différence aux nombreuses anastomoses capillaires qui existent à la tempe, mais n'existent pas à l'orbite.

KYSTES.

Les kystes de la tête sont très fréquents relativement aux autres tumeurs de la même région. Pour se former une idée approximative de la fréquence des kystes, il suffit de dire qu'à la clinique de Langenbeck, dans l'espace de quinze mois, il s'est présenté un total de soixante-dix kystes de diverse nature, à la tête, tandis que l'on a observé seulement, pendant le même laps de temps, une tumeur qui n'ait pas été un kyste (1). Les tumeurs paraissent bien plus rares à la région temporale qu'aux autres parties de la tête. C'est ainsi que sur un relevé de trente-huit kystes crâniens, le Dr Borgono a trouvé un seul à la tempe, tandis que trente siégeaient aux régions pariétales et occipitale et six au front.

On peut trouver à la région temporale des kystes de nature diverse, sébacés, séreux, hydatiques et dermoïdes.

I. *Kystes glandulaires.* — Autant les loupes sont fré-

(1) Borgono. Thèse de Paris, 1879, p. 25.

quentes sur le cuir chevelu recouvrant la voûte du crâne, autant elles paraissent rares à la tempe. On en voit pourtant M. le professeur Duplay, dans son *Traité de pathologie externe* signaler leur existence à la région temporale. Nous mêmes nous avons eu l'occasion d'en observer deux exemples. Un sur un homme de 52 ans, entré à Saint-Louis dans le service de M. Péan pour un phlegmon traumatique du coude. La tumeur était de la grosseur d'une petite noix, siégeait au devant de l'oreille gauche, immédiatement au-dessus de l'arcade zygomatique, ne gênait aucunement le malade qui la portait déjà depuis deux ans. Tumeur molle sans aucune fluctuation, mobile sur les parties profondes ; la peau qui la recouvrait, de coloration normale, ne glissait pas du tout sur la tumeur. L'extirpation fut faite sans inconvénient. Le second cas sur une femme de 63 ans, vue à la consultation de Saint-Louis, où elle demandait des soins pour un eczéma chronique des jambes. Sa tumeur siégeait à droite immédiatement au-dessus du pavillon de l'oreille qu'elle écartait en dehors, présentait le volume d'une petite pomme, était très ramollie, recouverte par une peau considérablement amincie. On lui proposa l'extirpation, qu'elle refusa. Niersch a présenté au congrès des chirurgiens allemands un cas de loupe de l'apophyse zygomatique dont l'extirpation fut compliquée d'une hémorrhagie considérable. Le sujet était hémophile. Il y eut guérison (1).

On reconnaîtra facilement les loupes aux caractères suivants : tumeur superficielle, arrondie, mobile sur les parties profondes, adhérentes à la peau, molle et sans batte-

(1) Gazette médicale de Strasbourg, 1882, n° 6.

ments. Nous ne croyons pas devoir insister plus longtemps sur les caractères bien connus des loupes.

L'extirpation soit avec le bistouri, soit avec les caustiques, est le traitement qui leur convient.

II. *Kystes séreux*. — Paraissent assez rares, l'observation suivante est un exemple. Le kyste avait des parois très épaisses, siégeait à la région temporale sous le muscle et envoyait un prolongement du côté de la joue.

OBSERVATION XX (1).

Tumeur enkystée prise pour un polype du sinus maxillaire,
par Lesage.

Fille âgée de 41 ans, de bonne constitution, portait à la joue droite une tumeur volumineuse s'étendant de la fosse temporale à la fosse canine, et de l'aile droite du nez à l'oreille. Tumeur dure, rénitente, plus élevée à son centre, sans changement de couleur à la peau, présentant par intervalles des douleurs modérées qui, quelquefois, étaient lancinantes. La pommette était plus saillante que de coutume, l'arcade zygomatique soulevée, exophthalmie prononcée, cette tumeur s'était produite 10 ans auparavant (1804), à la suite d'une insolation. Petite d'abord, elle avait augmenté consécutivement.

Croyant d'abord à un polype du sinus maxillaire, Lesage perfora le sinus par une alvéole dentaire et ne trouva aucune lésion.

Examinant alors de nouveau la tumeur, il trouva une fluctuation profonde entre la région temporale et la fosse canine. Pensant à un kyste, M. Lesage fit dans la région temporale une incision verticale d'un pouce environ, qui divisait le muscle crotaphite sous lequel le kyste se trouvait ; il y passa un séton en faisant une contre-ouverture à la joue. — Il sortit de la tumeur environ une pinte de sérosité sanguinolente et inodore, qui par son évacuation laissa un

(1) Bull. de la Faculté de méd., t. V, p. 258.

vide considérable dont on pouvait se rendre compte en introduisant le doigt par une des ouvertures ; on reconnaissait en même temps que le kyste présentait beaucoup d'épaisseur.

Vers le septième jour, la malade présenta des signes inquiétants, fièvre, délire, défaillances, qui disparurent vers le quinzième jour, quand la suppuration s'établit, suppuration d'abord putride et fétide pendant plus de vingt jours : à ce moment le sac se détache par lambeaux, alors la suppuration devient louable et abondante pendant quatre mois, ensuite elle diminue pendant un mois et ce n'est que huit mois après l'opération que la guérison fut complète. — Depuis dix-huit mois que la guérison est confirmée, le globe de l'œil est rentré dans l'orbite, la pommette et l'arcade zygomatique se sont affaissées au point de laisser peu de différence entre les deux joues.

On voit d'après cette observation que le diagnostic de ce genre de kystes, n'est pas sans une certaine difficulté. Il se fait le plus souvent par exclusion. Quoi qu'il en soit, il nous semble que le diagnostic du kyste peut se faire par la sensation de fluctuation profonde trouvée dans une tumeur non inflammatoire, sans battements et ne produisant guère de signes alarmants. Quant à la nature du contenu, il faudra le plus souvent attendre les résultats d'une ponction exploratrice faite avec la prudence qu'on ne saurait trop conseiller quand il s'agit de la région temporale.

III. *Kystes hydatiques*. — Nous avons pu réunir trois observations de kystes hydatiques dans cette région. La première en date appartient à Dupuytren. Il s'agit d'une jeune fille qui portait à la région temporale droite une tumeur indolente, sans changement de coloration à la peau, sans battements ; tumeur qu'elle attribuait à un coup de fouet reçu quelques années auparavant. Le diagnostic ne fut fait qu'après la ponction, qui laissa sortir des hydatides.

Cette observation est très incomplète, le siège anatomique n'est que vaguement indiqué (il paraît que c'est l'os qui était le point de départ de l'altération). Le résultat du traitement est inconnu.

Un second fait est rapporté par Legrand, dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 19 janvier 1860, sur l'ouverture des kystes hydatiques par la cautérisation linéaire. Nous ne connaissons cette observation que par la courte mention qu'en fait le compte rendu, encore cette mention porte plutôt sur la méthode que sur le fait particulier. Il paraît que le kyste était situé dans la région temporale sous le muscle, dont le tissu avait commencé à subir un certain degré de dégénérescence (?). L'ouverture a amené un gonflement de la face. Comme ça arrive toujours, ajoute l'auteur, lorsqu'on opère dans cette région. Le malade a guéri. Malgré toutes nos recherches il nous a été impossible de nous procurer cette observation. L'Académie a renvoyé le mémoire à une commission composée de MM. Velpeau et J. Cloquet. Il n'en est plus parlé.

Le troisième fait dû à Guesnard est très intéressant. Malheureusement l'observation est incomplète. Les hydatides siégeaient entre la dure-mère et les os du crâne qui étaient considérablement amincis et creusés de cavités pour loger les vésicules. Cet amincissement progressif aurait pu aller jusqu'à la perforation. On comprend l'importance du fait dans ce dernier cas. Voilà du reste l'observation.

OBSERVATION XXI (1).

Acéphalocystes des os du crâne. Autopsie, par Guesnard.

Il s'agit d'un enfant de 7, ans qui est entré dans le service de Baudelocque avec des accidents méningitiques et des vomissements.

Sept mois auparavant, il avait perdu la vue du côté droit, par suite d'accident. — Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, chute de la paupière supérieure du même côté; trois ou quatre jours après, le malade allait mieux quand il est pris de scarlatine bénigne d'abord, d'une variole grave ensuite, à laquelle il finit par succomber.

A l'autopsie, on trouve du côté droit un kyste développé entre la dure-mère et les os : « L'altération des os est remarquable et analogue à celle que leur font subir les tumeurs anévrysmales, ça et là le temporal paraît réduit à une sorte de feuillet temporal crépitant comme du parchemin, altération semblable à celle des os dans le cas de fungus de la dure-mère. »

Il serait difficile de faire l'histoire des kystes hydatiques de la région temporale avec ces trois observations incomplètes. Il nous est permis pourtant de déduire par analogie les signes auxquels on pourrait les reconnaître. Ces sont des tumeurs à croissance très lente d'abord présentant pendant longtemps un état stationnaire et prenant subitement, soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme insignifiant, un développement très rapide (Hansen, Bergmann de Dorpat). Tumeurs peu volumineuses, en général lisses, sans aucune bosselure, présentant une fluctuation plus ou moins nette et pouvant parfois donner lieu au frémissement hydatique. Il est bien entendu que nous ne parlons pas ici, des

(1) Journal hebdomadaire, 1836, p. 271.

cas, comme celui de Guesnard, où les hydatides siégeaient entre l'os et la dure-mère. Cas dans lesquels le diagnostic parfois impossible, est toujours incertain.

IV. *Kystes dermoïdes*. — On peut rencontrer à la tempe une dernière variété de kystes, les kystes dermoïdes (Duplay). A. Cooper (1) en parlant des kystes en général fait mention de ces tumeurs : « Quelquefois ces kystes renferment des cheveux. » C'est ce qu'on observe lorsqu'ils existent à la tempe ou près du sourcil, ou dans d'autres parties du corps recouvertes de poils. Ces poils n'ont point de bulbe ni de canal et diffèrent par conséquent de ceux qui existent normalement à la surface du corps. » Les kystes dermoïdes peuvent se développer primitivement à la tempe ou l'envahir consécutivement, par suite de leur accroissement progressif, après avoir pris naissance dans les régions voisines surtout à la queue du sourcil (on connaît la fréquence des kystes dermoïdes dans cette région). On comprend en effet que par suite de son accroissement progressif, lorsqu'elle arrive à avoir le volume d'une petite orange par exemple (Terrier), la tumeur arrive à empiéter sur la région temporale. Nous rapportons ici une observation où le kyste siégeait au-dessus de l'oreille et contenait des poils et une matière analogue au miel.

OBSERVATION XXII.

Kyste poilu de la tête, par Maurice Hoffmann (1).

Malade âgé de 24 ans auquel un chirurgien venait d'ouvrir une tumeur située au-dessus de l'oreille droite. Cette tumeur, qui avait

(1) Œuvres chirurgicales, trad. franç, 1837, p. 590.

(1) Cruveilhier. Essai sur l'anat. path. Paris, 1816, t. II, p. 186.

mis deux ans à se développer, contenait une matière analogue à du miel, et une mèche de cheveux plus noirs que ceux de la tête; cette mèche naissait de la partie de la poche qui était appliquée à l'os temporal, et était libre de toute adhérence avec les téguments intérieurs. Le malade et tous les assistants crièrent au sortilège, lorsque Hoffmann leur montra que la formation de ces cheveux était très naturelle, et était due à des bulbes ovoïdes dans lesquels ils étaient implantés.

Ces tumeurs s'observent dès l'enfance; toutefois ce n'est que plus tard qu'elles deviennent plus apparentes, d'une manière générale. La tumeur n'est pas entièrement mobile sur les parties sous-jacentes, souvent même elle paraît pénétrer vers les os. La peau qui la recouvre ne présente aucune modification. Si le volume du kyste le permet, on peut percevoir une certaine fluctuation. Leur marche est lente; elles restent souvent stationnaires. — Le diagnostic est en général facile; quant au traitement, il n'y en a qu'un; l'extirpation. Nous rappellerons que cette extirpation doit être complète sous peine de voir le kyste se reproduire.

Nous terminerons le chapitre des Kystes en rapportant le résumé d'une très intéressante observation due à Vanzetti, de kyste siégeant dans le diploé, observation peut-être encore unique dans la science :

OBSERVATION XXIII.

Kyste osseux du côté droit de la tête, par Vanzetti, professeur de clinique chir. à Kharcoff (1).

Un marchand de 34 ans, vient consulter, en octobre 1841 pour une tumeur qu'il portait au côté droit de la tête. Il éprouva il y a trois ans, en sortant de se baigner une douleur dans l'oreille droite.

(1) Bull. de Soc. anat., 1844, p. 40.

Cette douleur ne cessant pas, un médecin lui appliqua des sangsues à l'oreille. La douleur était assez vive pour que le malade ait appliqué cinquante fois des sangsues dans l'espace de trois mois, sans aucun résultat du reste.

A ce moment, il survint, au-dessus de l'oreille une tuméfaction solide qui, augmentant lentement, constituait au bout de deux ans une tumeur très considérable. Un barbier essaya de l'ouvrir il n'en sortit que quelques gouttes de sang; la tumeur continua à s'agrandir plus rapidement encore s'accompagnant de douleurs qui commençaient régulièrement après minuit pour cesser le jour.

Pas de troubles cérébraux, aucun trouble de la vision. Un peu d'exophthalmie à droite, ouïe normale. Pas de gêne dans les mouvements de la mâchoire, rien du côté de la bouche. La voix du malade est nasale et l'odorat presque aboli à cause d'un rhume continu. Bonne santé antérieure, aucun antécédent syphilitique ou autre; pas de coup sur la tête.

La tumeur a la forme d'un cône à sommet arrondi appliqué par la base au côté droit de la tête. La surface était lisse et uniforme, la peau sans aucun changement, le cuir chevelu qui la recouvrait en partie présentait des cheveux très écartés à cause de la distension, les ramifications supérieures de la faciale étaient très manifestes.

La tumeur immobile et à parois osseuses se continue sans ligne de démarcation avec le reste du crâne, on la croirait formée par la distension des os du crâne. On constatait à sa surface les contractions du temporal aminci, et vers le sommet les parois cédaient légèrement en produisant parfois un bruit de parchemin sec. Pas de battement, ni de frémissement. Aucune douleur à la pression.

Le diamètre transverse de la tumeur s'étendait du bord externe de l'orbite en passant au-dessus du conduit auditif, jusqu'à 1 pouce et demi derrière l'apophyse mastoïde. Le diamètre vertical à partir de la protubérance pariétale en passant au devant du conduit auditif jusqu'après de l'angle de la mâchoire. L'oreille était déplacée en arrière et en bas.

Le diagnostic porté fut kyste de l'os temporal. Après deux mois de traitement syphilitique sans résultat, Vanzetti se décida à opérer. Profitant de l'existence d'une fente au sommet de la tumeur. On y enfonça le bistouri, aucun liquide n'étant sorti, on introduisit le doigt indicateur qui constata l'existence d'une grande cavité

paraissant vide. On emporta alors tout le sommet de la tumeur constitué par une coque osseuse mince tapissée à l'intérieur par une membrane très fine, rougeâtre et très adhérente. La tumeur contenait une masse pultacée, molle, incohérente, sans odeur, d'une couleur noirâtre très foncée, mêlée à des feuilletés très jaunes. Le malade ayant eu plusieurs fois des défaillances, et la cavité se prolongeant à la base du crâne, on interrompit l'opération, on pansa avec de la charpie retenue par un léger bandage.

Le malade finit par succomber le trente-deuxième jour après l'opération avec une hémiplegie gauche et des convulsions.

A l'autopsie on trouve un kyste occupant tout l'espace compris d'arrière en avant entre le trou occipital et l'arrière-bouche; de dedans en dehors entre la ligne médiane et l'apophyse mastoïde; de bas en haut, entre la partie postérieure du maxillaire supérieur et l'os pariétal. Il présente à l'extérieur 11 pouces de circonférence. La base membraneuse est parsemée de plaques osseuses, elle occupe la place de la lame horizontale du frontal, du corps et de la grande aile du sphénoïde, de l'apophyse basilaire et d'une grande partie du temporal excepté le rocher (qui existe) parties complètement détruites. Le kyste refoule en avant l'apophyse zygomati très amincie et détachée de son insertion temporale.

TUMEURS CONTENANT DU LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN.

Avant de terminer l'étude des tumeurs liquides de la région temporale, nous devons en signaler une dernière variété. Ce sont des tumeurs formées par le liquide céphalo-rachidien, sorti à la suite d'une fracture du crâne mécon nue. Nous possédons deux exemples: l'un dû à Marjolin, l'autre à Lucas. Dans les deux cas il s'agit d'enfants ayant fait des chutes, et présentés au chirurgien quelque temps après avec des accidents variables. Les tumeurs sont volumineuses (poire, œuf de poule), fluctuantes, bosselées, indolores. Dans le cas de Marjolin, la tumeur présentait des

battements énergiques et un mouvement de soulèvement, phénomène parfaitement expliqué par le large enfoncement osseux qui mettait cette tumeur en communication avec l'intérieur du crâne ; tous ces signes faisaient défaut dans le cas de Lucas, où l'enfoncement était moindre et la communication probablement plus difficile.

OBSERVATION XXIV.

Tumeur liquide du crâne.

(Marjolin. Société de chirurgie, 17 septembre 1862).

Enfant de 16 mois, présentait à la région temporo-pariétale gauche une tumeur d'un diagnostic délicat. Cette tumeur n'est pas congénitale, ou du moins les parents n'ont rien remarqué de particulier, ni dans la santé de l'enfant, ni dans la forme de sa tête. Il y a quelques mois, cet enfant fit une chute, dans laquelle il se brisa le fémur ; mais s'il faut en croire sa famille, la tête n'a point été blessée. C'est pourtant après cette chute qu'on vit apparaître la tumeur du crâne, qui disparut pendant quelques jours en laissant seulement (toujours d'après les parents) une teinte ecchymotique. En même temps que la tumeur, se manifestaient des accidents cérébraux tels que convulsions et vomissements incoercibles. La tumeur était bosselée, inégale, fluctuante, et avait le volume du poing ; elle présentait des battements énergiques et un mouvement de soulèvement visible à l'œil, l'existence d'un bruit de souffle était douteux, les uns l'affirmaient, d'autres au contraire la niaient absolument. La position du malade et ses cris étaient sans aucune influence sur la tumeur.

La présentation de ce malade à la Société de chirurgie donna lieu à une discussion intéressante. Tout le monde était d'accord sur l'existence d'une tumeur intra-crânienne. Mais M. Blot penchait pour un fongus de la dure-mère,

M. Trélat croyait à une tumeur vasculaire comme celles que Dupont a décrit dans sa thèse. — La fluctuation, l'homogénéité de la tumeur, l'âge peu avancé du malade, s'accordaient mal avec l'idée d'un fungus; d'un autre côté, les tumeurs veineuses auxquelles M. Trélat faisait allusion augmentent ou diminuent suivant la position et les cris du malade, ces phénomènes ne se rencontrant pas dans le cas de Marjolin. M. Depaul admettait l'existence d'une collection liquide, non sanguine, d'origine et de cause inconnues, qui avait perforé les os du crâne, décollé le périoste, et formé une tumeur au-dessous de cette membrane.

Il avait raison du moins par un point. Plus tard, en effet, une ponction exploratrice fut pratiquée, et donna issue à un liquide clair et transparent, et quand la poche fut vidée, M. Marjolin constata facilement une large fracture du crâne avec enfoncement considérable des fragments; le liquide sorti avait les caractères du liquide céphalo-rachidien. Il s'est si rapidement reproduit que le lendemain de la ponction la tumeur avait atteint ses premières dimensions.

OBSERVATION XXV (1).

Tumeur temporale contenant du liquide céphalo-rachidien, suite de fracture du crâne.

Par Lucas (Guy's hospital Reports, 1876).

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, Emma C... âgée de 2 ans $1/2$, tomba de la hauteur de dix-huit pieds. On la trouva sans connaissance. Une demi-heure après l'accident survinrent des vomissements. La perte de connaissance dura jusqu'au lendemain matin. Depuis ce temps son intelligence était restée lucide; mais

(1) Arch. gén. de méd., 1878, t. I, p. 367.

elle était triste et bizarre. et ne prononçait aucune parole. Il y a environ une semaine la mère aperçut à la partie latérale gauche de la tête une grosseur qui était survenue depuis l'accident. A l'admission de l'enfant, on ne trouvait pas de signes extérieurs d'une lésion cérébrale. Depuis l'accident, plus de vomissements, mais l'enfant est apathique et taciturne.

A la région temporale gauche on observe une tumeur du volume d'un œuf de poule; cette grosseur partant de derrière l'oreille, s'étend à travers la fosse temporale vers le rebord orbitaire externe. Par en haut, elle suit la direction du temporal; par en bas, elle va jusqu'à l'os malaire. Elle avait refoulé les muscles de l'oreille de telle sorte que ces derniers faisaient un angle droit avec le crâne. Un peu plus en arrière on trouvait une tuméfaction plus petite de la grosseur d'une aveline, reliée à la première par une espèce de pont très mince. On sentait une fluctuation très nette dans chacune de ces grosseurs et même on pouvait faire passer de l'une à l'autre le liquide qu'elles renfermaient. Pas de pulsations dans ces tumeurs qui sont indolores. La température de l'enfant était normale, le pouls peu fréquent. Une ponction exploratrice donne 2 onces d'une humeur très liquide, opalescente et légèrement foncée, l'analyse chimique a montré que c'était du liquide cérébro-spinal.

Après l'évacuation du liquide on trouve facilement une fracture assez étendue du crâne avec dépression. Elle commençait derrière l'oreille par un enfoncement triangulaire auquel correspondait la petite tumeur. De là elle s'étendait par différentes lignes au-delà de l'oreille, vers l'angle externe de l'œil on sentait très facilement à travers les parties molles la différence de niveau des fragments.

L'enfant ne présente pas de symptômes menaçants après la ponction. Température et pouls normaux.

Le liquide se reproduisit très vite et augmente de telle sorte que le lendemain au soir les deux tumeurs présentaient la même résistance qu'avant la ponction. L'enfant était un peu agité, pouls 120. Température normale. Cet état se maintint pendant quelques jours, ensuite la tumeur commença à diminuer, de sorte qu'on pouvait de nouveau sentir facilement la fracture. Du reste on remarquait que le liquide augmentait par moments, et surtout quand l'enfant criait. Huit semaines environ après l'accident, on renvoya la malade. La tumeur avait presque complètement disparu, l'enfant se portait très bien, cinq semaines après. La tumeur ne s'était

point reproduite. Au niveau de la dépression postérieure, il subsistait encore un peu de fluctuation qui augmentait par les cris de l'enfant. On sentait encore la différence de niveau des fragments.

Depuis l'accident l'enfant n'a plus parlé, elle demande sa nourriture en tendant les mains ; elle est absorbée et triste, demande à être portée continuellement et n'a plus essayé de marcher depuis l'accident quoique auparavant elle courait très bien.

C'est là un de ces cas rares de fracture du crâne avec issue du liquide céphalo-rachidien, le seul cas de guérison d'après l'auteur.

Il suffit d'être prévenu pour se mettre en garde contre les erreurs que l'existence d'une pareille tumeur, exceptionnelle en somme, pourrait occasionner. L'existence d'un traumatisme antérieur doit donner des doutes, et la ponction exploratrice laissant voir le contenu de la tumeur formé par du liquide céphalo-rachidien, entraîner la certitude. Du reste, c'est un des accidents rares de la fracture du crâne, car les auteurs classiques ne le signalent même pas.

PNEUMATOCÈLE.

On désigne sous le nom de pneumatocèle des tumeurs gazeuses, siégeant sur le crâne et s'accompagnant d'une lésion particulière de os sous-jacents. Cette collection gazeuse est due à l'usure et à la perforation lente de la paroi externe des cavités remplies d'air qui existent à la tête (cellules mastoïdiennes, sinus frontaux), ce qui permet l'introduction lente et progressive de l'air, contenu dans ces cavités, entre le péricrâne qu'il décolle petit à petit et les os du crâne.

Sur 12 observations de pneumatocèle que nous avons pu réunir (le pneumatocèle étant très rare), 5 fois la tumeur a commencé dans la région temporale, y est restée limitée un certain temps et ce n'est que par suite de son accroissement progressif qu'elle a fini par envahir les régions voisines : le front (Letiéviant) (1), le pariétal (Balassa), (2), le côté droit de la tête (Denonvilliers (3), les deux tiers du crâne (Lecat) (4) ; une seule fois elle est restée définitivement à la région temporale (Ribeiro-Vianna) (5). Le cas de Denonvilliers est particulièrement instructif à cet égard ; la tumeur occupait la moitié droite de la tête ; après une ponction évacuatrice, la tumeur se reproduit à la région temporale et s'y maintient. Dans quatre cas seulement la tempe restait indemne. Enfin trois fois la région temporale était comprise dans une tumeur volumineuse qui occupait la moitié et même les trois quarts du crâne.

Souvent la tumeur est le premier signe du pneumatocèle, mais parfois elle peut être précédée d'une douleur fixe continue ou intermittente, dans le point qui en sera plus tard le siège. Cette tumeur est lisse, sans changement de couleur à la peau, élastique, non fluctuante, complètement indolente et *sonore* à la percussion. Les malades signalent habituellement une sensation de poids et de gêne du côté de la tumeur, les efforts augmentent sa tension, tandis que la compression directe produit l'effet inverse ; cette réduction peut s'accompagner d'un bruit de sifflement que perçoit le malade dans l'oreille correspondante ; ce n'est qu'except-

(1) B. Grabinski. Th. de Montpellier, 1869, n° 55.

(2) Voir obs. plus loin.

(3) Thomas. Th. de Paris, 1865.

(4) Recueil des actes de la Soc. de santé de Lyon, t. I, p. 34, 1798.

(5) Gazeta medica de Lisboa, 3^e série, t. I, n° 35, 13 décembre 1862.

tionnellement qu'elle a pu s'accompagner d'étourdissements ou de suffocation (Jarjavay). La circonférence de la tumeur présente parfois un rebord dur, oedémateux, cédant à la pression et conservant l'empreinte du doigt; en dedans de ce rebord on peut sentir des saillies et des dépressions irrégulièrement disposées, saillies tantôt mousses, tantôt disposées en pointe. Ces saillies peuvent atteindre le volume d'une noisette; elles présentent une dureté osseuse et font corps avec les os du crâne; les dépressions qui les séparent sont proportionnées à leur volume. La compression antérieure de la tumeur, en diminuant sa tension, facilitera l'examen.

La marche du pneumatocèle est lente; il lui faut toujours plusieurs mois pour envahir tout le côté de la tête.

Le diagnostic est facile. La percussion de la tumeur ne permet de conserver aucun doute sur sa nature, et sa marche évitera de la confondre avec l'emphysème du tissu cellulaire.

Le pronostic n'est pas bien grave; sur les 12 observations il y a eu 10 guérisons définitives et 2 morts, qui ne me paraissent pas devoir être attribués à l'affection elle-même. En effet un des cas malheureux appartient à Lécat (1741), qui enleva un lambeau de cuir chevelu; son malade est mort 133 jours après l'opération avec: « un phlegmon de la cuisse et une arthrite suppurée du genou » probablement d'infection purulente; l'autre, dû à M. Fleury, de Clermont (1868); son malade est mort quelques jours après à la suite d'abondantes hémorrhagies. — En général à la suite de l'incision de ces tumeurs il se produit une réaction inflammatoire violente avec suppuration très abondante qui est du reste de courte durée, et ne paraît pas présenter de gravité; l'observation suivante en est un exemple :

OBSERVATION XXVI (résumée).

Tumeur emphysemateuse du crâne. Guérison, par M. J. Balassa.

(Gaz. méd. de Paris, 1854, p. 631).

Malade âgée de 46 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur située à la moitié droite du crâne et offrant une fois et demie le volume du poing. Cette tumeur a commencé à se développer *dans la région temporale* il y a cinq ans. A la même époque la malade avait remarqué une dépression de l'os sous le cuir chevelu de la région rétro-auriculaire, et un peu plus tard une tumeur analogue à celle de la tempe s'était développée sur l'os pariétal. Enfin, après quatre ans révolus, la tumeur prenant toujours un développement plus marqué, on consulta un médecin qui les ouvrit avec l'instrument tranchant; il n'en sortit que du sang mêlé d'air. La tumeur s'affaissa d'abord, pour reparaître peu de temps après.

Les renseignements et le son tympanique que rendait la tumeur à la percussion ne laissèrent aucun doute sur la nature de la maladie. M. Balassa supposa qu'elle avait été produite par la perforation de l'apophyse mastoïde, et que l'air arrivait du pharynx dans la trompe d'Eustache, dans l'oreille moyenne, les cellules mastoïdiennes et finalement sous les téguments du crâne. L'oreille du chirurgien appliquée sur celle du malade entendait un bruit continu pendant qu'on exerçait une pression interrompue et saccadée sur la tumeur. Le bruit cessait dès que la pression était suspendue.

Le malade avec un effort d'expiration un peu continu, la bouche et le nez fermés, parvenait aisément à distendre la tumeur à un haut degré.

En explorant la surface de l'os, on reconnaissait surtout aux limites de la tumeur de nombreux ostéophytes qui rendaient cette surface inégale au toucher et onduleuse. La perforation de l'apophyse mastoïde n'était pas simple, mais multiple et comme criblée. Les deux tumeurs étaient séparées par l'insertion du temporal, et la compression exercée sur l'une d'elles ne déterminait pas une plus forte distension de l'autre.

M. Balassa résolut de traiter la maladie en remplissant l'indication suivante : établir aux téguments une ouverture permanente

de nature à donner un passage libre à l'air de l'intérieur à l'extérieur. Après avoir hésité entre la perforation du tympan et celle de la partie inférieure de la tumeur, il opta avec raison pour cette dernière opération.

En conséquence, une ouverture d'un pouce et demi fut pratiquée près du bord inférieur de la tumeur. L'air s'échappa immédiatement. Pour tenir la plaie ouverte et pour établir un passage permanent de l'air à l'extérieur, une couche de gutta-percha fut introduite dans la plaie. En même temps la compression fut faite sur la tumeur.

Mais bientôt une inflammation violente se développa dans la partie malade. Tout le pansement dut être enlevé. Les cavités anormales suppurèrent abondamment. Le pus s'échappait par la plaie, par l'oreille et même par la bouche. La fièvre survint, mais cet état ne fut pas de longue durée. La suppuration diminua peu à peu, la fièvre tomba. La plaie se rétrécit vite et se ferma dans la cinquième semaine après l'opération.

Les parois de la tumeur adhèrent fortement à l'os. La guérison fut complète.

Trois indications se présentent quand il s'agit *de traiter* le pneumatocèle : faire disparaître la collection gazeuse, provoquer le récollement du péricrâne, enfin oblitérer l'ouverture osseuse qui a donné passage au gaz. Il est rare que la compression seule puisse complètement vider la tumeur ; aussi le plus souvent a-t-on recours aux ponctions évacuatrices. Une compression bien faite permettra, dans le plus grand nombre des cas, d'obtenir en grande partie le récollement du péricrâne après ces ponctions ; enfin ce n'est que plus tard qu'on pourra tenter de remplir la troisième indication, en incisant au niveau de l'ouverture osseuse et en faisant suppurer et bourgeonner le fond de la cavité : on peut produire ainsi une cicatrice assez dure et assez adhérente pour s'opposer à la sortie consécutive de l'air. Quant aux saillies osseuses il est inutile de s'inquiéter ; l'observa-

tion a démontré qu'elles disparaissent d'elles-mêmes une fois que le recollement du péricrâne est obtenu. Signalons aussi les petites injections iodées, combinées à la compression, qui ont donné un bon résultat entre les mains de Wernher (1).

ENCÉPHALOCÈLE.

On désigne ainsi la hernie d'une portion de l'encéphale à travers les parois du crâne (Terrier), hernie congénitale ou acquise et dans ce dernier cas, soit suite de traumatisme, soit suite de destruction des parois osseuses par un processus pathologique (carie, nécrose).

Pour la hernie acquise traumatique, sur cent quarante-quatre observations consignées dans la thèse de Lewis Lebeau (1), je trouve douze cas où l'encéphalocèle existait dans la région temporale ; si j'élimine huit cas où la hernie s'est faite immédiatement, restent quatre cas dans lesquels la hernie est survenue le quatrième, le neuvième, le seizième et le dix-septième jour après le traumatisme. L'époque d'apparition est trop rapprochée, l'étiologie trop évidente pour qu'on puisse jamais en faire véritablement une tumeur de cet accident. Quant à l'encéphalocèle pathologique, Lebeau ne rapporte que quatre observations : trois dans la région frontale, une sur le pariétal. Nos propres recherches ont été infructueuses à cet égard.

L'encéphalocèle congénitale, la seule qui doive nous occuper ici, est une affection très rare. On ne l'a observée que trois fois sur douze mille neuf cents accouchements (Trélat),

(1) *Revue des sciences médicales*, 1874, p. 363.

(1) *Thèse de Paris*, 1875, n° 160.

et quand il s'agit de la région temporale on ne l'a observé qu'une seule fois (Billard). Dans son mémoire (1) sur l'encéphalocèle congénitale, mémoire qui contient quatre-vingt-treize observations, M. Houel n'a pas trouvé un seul cas où la hernie ait eu lieu à la région temporale. Nous n'avons pu trouver qu'un seul cas d'encéphalocèle temporale; il est dû à Billard. Dans ce même mémoire M. Houel dit (page 417) : « La plupart des encéphalocèles qu'on a signalées au sommet de la tête ou bien aux régions temporales appartiennent aux céphalématomes ». Pour la région qui nous occupe, nous ferons remarquer d'abord : que jamais le céphalématome n'a été vu sur le temporal (Seux, Lebreton, Tarnier). Ensuite le cas de Billard ne peut pas être nié; la planche, très bien faite, qu'il a laissée dans son atlas, les résultats de l'autopsie sont bien nets : c'est bien une encéphalocèle. De là sorte que, lorsqu'il s'agit de la région temporale, les affirmations d'Houel ne sont pas absolues.

Voici le cas de Billard :

OBSERVATION XXVII (2).

Encéphalocèle de la région temporale, par Billard.

Marianne Masse, âgée de 1 jour, entra le 22 juin à l'infirmerie pour un dévoiement peu abondant. Elle portait sur la partie latérale gauche de la face et au devant de l'oreille une tumeur d'un demi-pouce de diamètre, très ronde, plus saillante en bas qu'en haut, où elle se confondait avec la peau du crâne, tandis qu'en bas elle offrait un rebord saillant et bien circonscrit. Les téguments étaient sains et vermeils comme le reste de la face. Elle était dou-

(1) Archives gén. de méd., 5^e série, t. XIV, p. 409 et 569.

(2) Billard. Maladies des enfants, 1828, p. 387, obs. 79, voir aussi l'atlas, planche 7.

loureuse et un peu molle au toucher. Le front très déprimé de haut en bas formait une saillie considérable en avant, les paupières très enfoncées dans l'orbite empêchaient par leur rapprochement de voir le globe oculaire. Une cicatrice oblongue, vermeille, à bords légèrement proéminents et paraissant être récemment consolidée, existait à la partie latérale gauche du crâne.

Elle vécut 30 jours.

Autopsie. — Inflammation très vive du tube digestif.

Cerveau : l'hémisphère gauche était d'environ un tiers plus petit que le droit. Le sinus longitudinal supérieur et la faux du cerveau étaient obliques de la partie moyenne du front à la partie latérale gauche de la fosse occipitale gauche. Toute la portion du cerveau logée ordinairement dans la fosse latérale moyenne de la base du crâne était déjetée en dehors dans une espèce de sac formé par l'archnoïde, la dure-mère et la peau, où elle formait la tumeur dont j'ai parlé. Elle sortait du crâne par une ouverture assez large résultant de l'absence complète de la portion écailleuse du temporal. Cette portion ne consistait qu'en un rebord qui avait tout au plus deux lignes et qui en dehors était recourbé comme la paroi d'une coquille. L'angle du pariétal existait et formait la partie supérieure de l'ouverture. Les méninges et la substance cérébrale étaient fort injectées.

L'encéphalocèle est une tumeur congénitale plus ou moins volumineuse, fluctuante ou mollasse, parfois transparente, recouverte par la peau, diversement colorée, parfois élephantiasique, tantôt irréductible, tantôt réductible. Les efforts, les cris y produisent une certaine tension, sans soufles et sans battements le plus souvent. Les signes fonctionnels sont peu marqués ou nuls. A la suite de la compression on a noté des cris, des convulsions, des contractions; sa marche est lente, souvent stationnaire pendant longtemps.

Quand la tumeur est volumineuse, elle est en général facile à diagnostiquer. Mais lorsque la tumeur est petite et ne présente que des signes négatifs, son diagnostic peut pré-

senter de grandes difficultés. Parfois les téguments qui la recouvrent sont vascularisés et constituent une véritable tumeur érectile, ce qui augmente encore les difficultés (Guer-sant). Peut-être la ponction exploratrice et l'examen microscopique du liquide pourra être d'un certain secours dans ces cas (Terrier).

D'une manière générale on peut dire : toute tumeur congénitale en communication avec l'intérieur du crâne est un encéphalocèle.

GOMMES.

Les gommes syphilitiques peuvent siéger à la région temporale et former des tumeurs en général peu volumineuses, dépassant rarement le volume d'une noix. Tumeurs lisses, régulièrement arrondies, sans aucune bosselure ; dures à leur première période, elles se ramollissent petit à petit consécutivement, deviennent molles d'abord, puis presque fluctuantes ensuite. Ces gommes peuvent siéger dans le cuir chevelu lui-même. Ce cas paraît rare : sur 59 observations recueillies dans le service de M. Fournier, on ne trouve qu'un seul cas de gomme du cuir chevelu. D'autres fois, dans le tissu cellulaire sous-cutané ou le muscle temporal, comme on le voit dans l'observation que nous rapportons plus loin. Mais les gommes les plus fréquentes sont certainement celles des os et le crâne est la région qui paraît en être le plus souvent atteinte (Virchow). Leur volume égale habituellement celui d'un pois ou haricot, mais il peut atteindre celui d'une noix (Dolbeau). Elles siègent habituellement

(1) Leçons de clinique chirurgicale, p. 42.

entre le périoste externe et l'os (Virchow). Ces tumeurs s'annoncent par des douleurs, véritables douleurs ostéocopes, d'abord vagues, devenant de plus en plus localisées, prenant même parfois le caractère térébrant. Ces douleurs se déclarent surtout dans la première moitié de la nuit, d'où une insomnie constante qui tourmente les malades. Bientôt apparaît une tuméfaction résistante, dure, immobile et adhérente à l'os, en général limitée (ostéite gommeuse de M. Lanceraux), mais parfois diffuse. Cette tuméfaction augmente avec une grande lenteur, elle est peu douloureuse à la pression et s'entoure parfois d'un rebord osseux périphérique (Dolbeau). Cette tumeur peut être unique, mais le plus souvent on en trouve plusieurs, deux, trois, quatre et même plus. Petit à petit ces tumeurs se ramollissent, deviennent fluctuantes, la peau qui les recouvre rougit, s'amincit de plus en plus, il se produit une certaine inflammation périphérique et la tumeur finit par s'ouvrir pour donner issue à une petite quantité de liquide sanieux, jaunâtre, pyoïde, contenant en suspension des débris organiques, laissant à sa place une ulcération à fond grisâtre caractéristique et qui guérit avec une grande lenteur. Les choses ne se passent pas toujours aussi facilement; on a vu des gommages du crâne, méconnus et non traités, dénuder les os et déterminer des ostéites, des nécroses, sans parler des accidents ultérieurs de ces dernières lésions, par réaction sur l'encéphale (Fournier), (1). Le cas suivant est un exemple :

(1) Leçons sur la syphilis tertiaire, faites à Lourcine en 1875, recueillies par Porak.

OBSERVATION XXVIII (1).

Diathèse syphilitique probable. Carie des os du crâne. Cirrhose du foie, par Dufour.

Il s'agit d'une femme de 52 ans, entrée le 26 novembre 1850, à Saint-Louis, service de M. Cazenave. Cette malade, dans un état de marasme complet, ne peut pas donner de renseignements sur la marche de sa maladie. Très amaigrie, elle présente dans la partie inférieure latérale gauche du cou plusieurs ouvertures fistuleuses à travers lesquelles on voit le sterno-mastoïdien à nu. Elle présente en outre au niveau du sinciput une perforation crânienne ronde de 6-8 cent. de diamètre, allant jusqu'à la dure-mère, et permettant de voir les mouvements de l'encéphale. Enfin, dans la région fronto-pariétale droite, une tumeur grosse comme une moitié d'abricot qui soulève le cuir chevelu, elle est un peu douloureuse à la pression.

La malade meurt cinq jours après son entrée.

Autopsie. — Rien dans le cerveau et la moelle; méninges saines. — Les poumons présentent une congestion hypostatique intense. Pas de tubercules. Hydrothorax léger (demi-litre), cœur sain, rein pâle et décoloré. Épanchement péritonéal (3-4 litres); le foie présente des lésions de cirrhose.

Crâne. Pariétal gauche présente des lésions de carie, la perte de substance occupe la partie supérieure des deux pariétaux portant plus sur le gauche que sur le droit. On y trouve quelques séquestres détachés.

Lebert, chargé de faire un rapport sur cette observation, s'exprime ainsi :

I. Les os de la voûte crânienne présentent, outre la perte de substance indiquée par M. Dufour et un aspect vermoulu, une infiltration par un tissu que nous décrirons plus loin à propos des tumeurs gommeuses. Cette infiltration est

(1) Bull. de la Soc. anat., 1851, p. 139.

réunie par places très limitées, ne dépassant pas le diamètre d'une lentille, n'occupant jamais une grande étendue.

II. A la face profonde du cuir chevelu, dans l'épaisseur même d'un des muscles temporaux, on rencontre un grand nombre de tumeurs gommeuses qui offrent des caractères si remarquables qu'il est impossible de confondre cette lésion avec aucune autre; tous les tissus, jusqu'à l'épiderme du cuir chevelu, sont le siège, à ce niveau, d'une injection vasculaire marquée, sans ecchymoses. Le péricrâne est épaissi. Ces tissus sont infiltrés de sérosité.

Les tumeurs gommeuses sont aplaties, rondes ou de forme irrégulière, d'une couleur jaunâtre pâle, comparable à celle de la matière tuberculeuse, un peu lisse comme le tissu adipeux, elles sont élastiques. En grattant la surface d'une coupe de ce tissu, on obtient un suc blanchâtre qui, examiné de près, se compose d'un grand nombre de petits grumeaux blanchâtres. Ces tumeurs existent en grand nombre, à la face inférieure du cuir chevelu, réunies par places au nombre de 7-8. Elles ont les dimensions suivantes : épaisseur 5-6 millimètres, longueur 15 millimètres et au-dessous, largeur de quelques millimètres à un centimètre, l'épaisseur moyenne est de 2-3 millimètres. Aussi les lames profondes du derme offrent-elles leur caractère normal.

L'examen microscopique de ces tumeurs nous a montré les caractères suivants : une trame fibreuse à larges mailles est constituée par des fibres élastiques, pâles, laissant dans leur intervalle des larges espaces remplis par une substance homogène granuleuse, dont les parties élémentaires sont moins adhérentes les unes aux autres que dans le tubercule.

La dimension de ces granules ne dépasse pas 0^m,005 ; ils sont arrondis et contiennent une substance homogène et irrégulièrement grenue. Quelques corpuscules plus grands atteignent 0^m,0095, à paroi pâle et irrégulière, paraissent contenir un noyau arrondi.

Le *diagnostic* des gommés syphilitiques doit se baser sur les antécédents du malade, sur la coïncidence d'autres lésions syphilitiques manifestes, sur les caractères propres de la tumeur. Souvent ce diagnostic est facile, mais parfois il est très embarrassant. Plus d'une fois on est obligé d'attendre les effets d'un traitement syphilitique pour pouvoir se prononcer.

La multiplicité, l'indolence, la forme arrondie et la mollesse, pourraient faire croire à *des loupes*, mais ces dernières tumeurs sont mobiles et sans dureté à leur base.

Les nodosités rhumatismales éphémères observées par M. Féréol (1), chez des arthritiques en dehors des attaques de rhumatisme présentent, lorsqu'elles siègent sur le cuir chevelu, toutes les apparences d'une gomme (Féréol), mais la confusion sera de courte durée, car, comme leur nom l'indique, elles disparaissent avec une grande rapidité (2).

Le rebord osseux dont les gommés s'entourent parfois, la douleur qui les précède, pourrait les faire confondre avec les fongus, mais ces tumeurs sont en général vasculaires et plus ou moins réductibles. Nous empruntons aux leçons de M. le professeur Fournier le tableau suivant des caractères cliniques qui permettent le diagnostic entre le cancer et la gomme.

(1) Communication à la Soc. pour l'avancement des sciences. Congrès de Paris, 1878.

(2) Voir Davaine. Thèse de Paris, 1879.

CANCER.	GOMME.
Tumeur presque toujours unique.	Quelquefois unique, souvent multiples.
Tumeur susceptible de tout volume, en général volumineuse.	Tumeur de petit ou moyen volume.
Irrégulière, mal limitée, bosselée.	Régulière, ovoïde, rarement bosselée.
Adhérente, ou rapidement adhérente à la peau.	Non adhérente.
Tumeur douloureuse.	Indolente.
Ganglions pris rapidement.	Ganglions intacts.
Influence du traitement nulle.	Influence en général rapide et marquée.

Enfin il y aurait à faire le diagnostic d'avec la carie des os du crâne, mais pour des auteurs très recommandables, les deux formes de carie, superficielle et profonde admises par les auteurs classiques, ne seraient que des gommages diffuses ou circonscrites (1).

LIPOME.

C'est une des tumeurs qui paraissent les plus rares à la région temporale, dans nos recherches nous n'avons pas pu trouver d'observation de ce genre. Chassaignac, dans sa thèse sur les tumeurs de la voûte du crâne (2), cite quatre cas de lipome : deux derrière les oreilles, un troisième à la région occipitale, enfin le dernier présenté pas lui à la Société anatomique, qui siégeait entre les muscles épicroâniens et le péricrâne, dans le tissu cellulaire lâche qui les sépare. Nélaton n'avait observé que deux cas de lipome à la tête (3).

(1) Terrier. Pathologie chirurgicale, t. II, p. 203.

(2) Thèse de concours pour le professorat, 1848.

(3) Cité in thèse de Darbez, Paris, 1868, n° 301.

Enfin dans la thèse du D^r Borgono sont signalés six cas de lipome, quatre au front, un à l'occipital et un à la région temporale, ce dernier chez un homme de 40 ans. Malheureusement, l'auteur ne donne pas plus de détails, et cette simple mention ne peut servir qu'à affirmer la possibilité de l'existence du lipome aux tempes.

Les lipomes peuvent siéger à la tête soit entre le cuir chevelu et l'aponévrose, soit entre l'aponévrose et le péricrâne. Ce sont des tumeurs qui présentent en général des bosselures arrondies et nombreuses, donnant au toucher une sensation de mollesse particulière, comparée par Chélius à celle produite par un sac rempli de coton. La couleur de la peau est normale, il n'y a pas de douleur. La croissance est en général lente et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on les voit parfois prendre dans l'espace de quelques mois un accroissement rapide.

Lorsque le lipome est sous-cutané on peut le confondre soit avec des tumeurs enkystées, soit avec des tumeurs érectiles.

En général, le diagnostic est facile pour les kystes et les abcès qui sont des tumeurs bien arrondies, franchement fluctuantes et ne présentant pas cette sensation de mollesse ni la sensation lobulée du lipome. Pour les *tumeurs érectiles*, le diagnostic est souvent plus difficile et parfois impossible. On sait que des tumeurs érectiles peuvent devenir à un moment donné le siège d'une prolifération graisseuse qui change leur nature (Broca), d'un côté des lipomes peuvent aussi parfois subir une transformation vasculaire. (Ch. Monod). On conçoit bien que le diagnostic peut dans ces cas devenir impossible ou très problématique, et le chirurgien devra toujours être circonspect dans son intervention, d'au-

tant plus que les tumeurs érectiles sont plus fréquentes dans cette région que les lipomes.

Dans le cas de lipome sous-aponévrotique, le diagnostic est très difficile. On peut les confondre avec toutes les tumeurs profondes de la région. Il faut du reste se rappeler que le lipome est une rareté pathologique avec laquelle il ne faut guère compter.

Le seul traitement qui lui convient c'est l'extirpation.

FIBROME.

Les fibromes sont rares à la tête. Sur 119 tumeurs de cette région on ne trouve que deux fibromes ; ils siégeaient au front. Nous avons trouvé l'observation suivante de Lücke, de fibrome de la région temporale :

OBSERVATION XXIX (1).

Fibrome mou, énorme de la partie latérale de la tête et de la face, .
par le Dr Schultze.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui vit débiter à l'âge de 4 ans environ, dans la région temporale droite, une tumeur. Un médecin enleva une partie à l'âge de 5 ans. A partir de ce moment, accroissement plus rapide pendant les quinze ans écoulés, pour atteindre actuellement les dimensions colossales que nous donnent les chiffres suivants : la plus grande longueur dirigée verticalement 31 cent., 22 cent. de diamètre horizontal et 10 cent. d'épaisseur — Formée par trois gros lobes séparés par des anfractuosités profondes, sa partie supérieure garnie de cheveux, la tumeur présente de nombreuses bosselures, aucune fluctuation ;

(1) Deutsche Zeitschr. f. chirurgie. Band 13, H. 5-6, 1880, p. 373, et Revue de chirurgie, 1881, p. 699.

elle a fait dévier vers en bas toute la moitié correspondante de la face.

Le 9 mars, l'opération commencée au bistouri est continuée au galvano-cautère à cause de l'hémorrhagie. Lucke enleva la partie moyenne de la tumeur. — Le 22 avril, ablation par le galvano-cautère de la partie supérieure.

Enfin, le 14 juillet, on enlève au bistouri ce qui reste et on fait l'autoplastie des paupières. — Guérison complète.

Nous avons trouvé en outre l'indication d'un cas de fibrome mou, kystique, du muscle temporal qui avait été publié dans le *Deuthe Zeitschrüfft für chirurgie* de 1873; il nous a été malheureusement impossible de nous procurer ce recueil.

En général ce sont des tumeurs de consistance et de volume variables, mobiles ou adhérentes aux parties profondes, pouvant parfois à la suite de leur accroissement devenir pédiculées. La peau qui les recouvre est en général mobile non adhérente et plus ou moins amincie; ordinairement indolentes et à marche lente, sans retentissement sur la santé générale, exceptionnellement ces tumeurs peuvent s'enflammer, se gangréner, s'altérer, d'autre fois elles subissent la transformation calcaire, fibreuse ou même osseuse.

L'âge du malade, la forme et la consistance de la tumeur, l'accroissement lent, l'intégrité de la peau et des ganglions, l'état général conservé, doivent surtout entrer en ligne de compte quand il s'agit du diagnostic du fibrome. On comprend du reste que le diagnostic fondé sur un ensemble de caractères, la plupart négatifs, est parfois d'une grande difficulté surtout lorsque le fibrome a subi des transformations graisseuses ou autre.

Lorsque ces tumeurs deviennent envahissantes ou gênan-

tes par leur volume, on peut en débarrasser les malades soit en se servant du bistouri, soit du galvano-cautère.

ENCHONDROME.

L'enchondrome est une des tumeurs les plus rares de la tête. Quelques auteurs ont même nié son existence. Ainsi, O. Weber dit que la face et le crâne paraissent exempts de cette altération. Dans le cas resté célèbre de Schuh (probablement unique dans la science), une jeune fille de 12 ans portait des enchondromes sur presque tous les os du squelette excepté le crâne et la colonne vertébrale. Sur 119 tumeurs du crâne citées dans le travail du Dr Borgono il n'y a qu'un cas d'enchondrome ; ce cas appartient à Langenbeck, il s'agit d'un homme de 56 ans, portant à la région pariétale, une tumeur grosse comme un citron ; nous devons ajouter que cette tumeur a été niée par Heinecke (Bilroth et Pitha). M. A. Guérin a présenté à la Société de chirurgie le cas suivant comme un enchondrome :

OBSERVATION XXX (1).

Enchondrome (?) du crâne, par A. Guérin.

Homme de 27 ans. La tumeur a paru il y a dix-neuf ans, elle est venue spontanément et s'est accrue d'abord avec une assez grande lenteur. Il y a douze ans, un médecin appliqua un caustique sur la tumeur, résultat désavantageux, car en peu de temps la tumeur double de volume. Depuis elle est restée à peu près stationnaire.

Aujourd'hui la tumeur a la grosseur du poing ; elle est située au-dessus de l'oreille droite, vers l'union des os pariétal et temporal. Indolente, très régulièrement arrondie, presque hémisphé-

(1) Bull. de la Soc. de chir., 1^{re} série, t. VIII, p. 52.

rique, à base large, elle est très dure, et paraît adhérente au squelette. Aucun phénomène du côté du cerveau, et l'état général est excellent. M. Guérin croit à un enchondrome et ne pense pas devoir opérer.

Si l'âge du malade et la marche de la tumeur s'accordent bien avec l'idée d'enchondrome, les signes ne lui correspondent guère. On se figure difficilement un enchondrome arrivé à ce volume, même ayant pris naissance dans le diploë, dans quel cas il serait couvert d'une coque osseuse, être lisse presque hémisphérique, sans aucune bosselure, sans aucune élasticité et d'une grande dureté.

La supposant couverte d'une coque osseuse, la tumeur arrivée au volume du poing, aurait, si non détruit en partie du moins aminci considérablement cette coque, qui donnerait sous le doigt cette sensation toute spéciale de crépitation légère analogue au froissement du parchemin. Aussi inclinons-nous plutôt vers l'opinion de M. Houel qui croyait à une exostose.

EXOSTOSES.

Les exostoses paraissent assez rares à la région temporale; d'après le peu d'observations que nous avons pu recueillir on peut voir que la tumeur osseuse n'est jamais complètement limitée à la région temporale et qu'elle empiète plus ou moins sur les os voisins. Les trois cas que nous possédons paraissent tous se rapporter à la syphilis et ont tous déterminé des accidents plus ou moins graves même la mort. Loin de nous l'idée de croire qu'il en est toujours ainsi; il est très probable que ces cas ont été publiés justement à cause des accidents auxquels ils ont donné naissance, et que

des exostoses syphilitiques ou autres peuvent passer inaperçues parce qu'elles ne donnent pas lieu à des accidents qui puissent attirer l'attention du médecin ou que leur petitesse ne les rend pas appréciables. Le cas suivant dû à M. Tholer est un des rares exemples où le traitement bien dirigé a eu un succès complet:

OBSERVATION XXXI.

Tumeur des os du crâne comprimant le cerveau, par M. Toler.
(Gaz. méd. de Paris, 1868, p. 642).

Une dame de 55 ans fut atteinte subitement, à la fin d'avril 1854, d'impossibilité de parler et d'une grande difficulté d'avalier. La commissure droite des lèvres, déviée à gauche, était constamment agitée d'un mouvement spasmodique; la langue ne pouvait être tirée au dehors que fort incomplètement; de plus, somnolence continuelle, pouls très faible, et prostration extrême.

M. Toler apprit alors que deux ans auparavant cette malade avait éprouvé des symptômes analogues et que le mercure l'avait guérie. Deux jours après on lui montra comme une chose de peu d'importance une tumeur siégeant en partie sur le pariétal et le temporal gauche de cette dame. Cette tumeur, d'abord d'un petit volume, avait précédé les attaques de paralysie, et ses dimensions n'avaient fait que s'accroître.

Le traitement fut alors uniquement institué en vue d'arrêter ses progrès. L'iodure de potassium fut administré à l'intérieur, et on fit des frictions avec des pommades iodées et iodurées. Au bout de quarante jours, la malade parlait et avalait facilement et pouvait même faire de longues courses à pied.

Deux ans et demi après, les mêmes phénomènes s'étant reproduits, on recommença le traitement, qui amena une guérison qui ne s'était point démentie quand M. Toler publia la relation de ce fait.

L'exostose est précédée, est souvent accompagnée de douleurs de tête, véritables douleurs ostéocopes; à la palpation

on trouve des tumeurs dures immobiles, fixées à l'os, ordinairement indolores à la pression. La peau qui les recouvre offre une grande mobilité et présente son aspect normal du moins dans la grande majorité des cas. Leur accroissement est en général très lent. Tant que les tumeurs n'affectent que la table externe, toute la symptomatologie peut se borner là. Mais lorsque la table interne est intéressée et que la tumeur fait saillie dans le crâne, il peut en résulter des phénomènes très graves (Terrier). Ces phénomènes graves sont variables dans leurs manifestations, vertiges, convulsions, contractures, signes oculaires variables, parfois même les malades succombent en présentant les signes d'une hémorrhagie cérébrale (Duplay), comme dans le cas suivant :

OBSERVATION XXXII.

Exostose interne et externe du crâne. Apoplexie. Convulsions.
Mort (1).

Forgeron de 42 ans, de tempérament sanguin, adonné à la boisson, eut, en juin 1727, un chancre et une blennorrhagie ; trois mois après, céphalée interne, vertige, perte de connaissance ; il conserva de ces accidents une certaine difficulté dans la déglutition. (Mercure jusqu'à la salivation.) Santé bonne, jusqu'en mars 1728 ; après un excès de boisson, coliques, convulsions, mort. — *Autopsie*. Sur le pariétal gauche, excroissance osseuse, soulevant le péri-crâne et le muscle crotaphite, présentant à sa surface des saillies et des dépressions. A l'intérieur du crâne, même lésion qu'à la table externe ; la tumeur était plus grande, plus arrondie. La substance dont elle était formée était plus molle, composée de lamelles osseuses très minces. Dure-mère intacte (Caspert, *De exostosi cranii rariore*. Argentor., 1730).

(1) Léon Gros et Lancereaux. Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1861, p. 368.

Le diagnostic de l'exostose est en général facile. La dureté, l'immobilité, la fixation à l'os et la lenteur d'accroissement sont autant de caractères qui devront être pris en sérieuse considération. Mais quand il s'agit de chercher la nature de cette exostose la question présente souvent de sérieuses difficultés. Les antécédents syphilitiques sont souvent difficiles à trouver, d'abord à cause des négations des malades qui souvent attribuent leur maladie à un traumatisme, ensuite parce que l'exostose est un des accidents les plus tardifs de la syphilis constitutionnelle. Le fait que l'exostose occupe plusieurs os à la fois serait peut-être de quelque valeur pour éliminer le traumatisme et faire penser plutôt à l'origine syphilitique. Le cas suivant présenté par M. Charrier à la Société anatomique plaide en faveur de cette manière de voir.

OBSERVATION XXXIII.

Exostose syphilitique du crâne, par Charrier (1).

Il s'agit d'une femme morte à 79 ans. La tumeur avait envahi une grande partie des os du crâne. La femme qui portait cette lésion avait été atteinte de syphilis à 30 ans. A 70 ans, la végétation osseuse avait déterminé une exophthalmie considérable. Traitée alors par l'iodure de potassium, elle éprouva quelque soulagement à ses souffrances. La céphalée guérit, mais l'exostose resta dans le même état, la cavité de l'orbite ayant presque complètement disparu. Elle conserva en outre une certaine gêne de la parole.

A l'autopsie, on trouva une tumeur éburnée, de deux pouces d'épaisseur environ, qui faisait une légère saillie en dedans du crâne avait un peu comprimé le lobe antérieur droit du cerveau et avait envahi le frontal, une portion du temporal et du pariétal et

(1) Bull. de la Soc. anat., 1854, p. 238.

fait partiellement disparaître la saillie bi-pariétale. — Ainsi trois os ont été envahis (fait sur lequel insiste M. Charrier).

En terminant nous signalerons le cas suivant d'hyperostose considérable d'une grande partie du crâne, hyperostose ne s'accompagnant pas d'aucun signe cérébral. ce qui fait croire que la table interne est indemne ou du moins peu altérée.

OBSERVATION XXXIV.

Hyperostose du crâne, par J.-V. Liphay.

(*Österreich. Zeitschrift.*, n° 12, 1858).

Le malade âgé de 24 ans, s'aperçut dès l'âge de 13 ans que le côté gauche de sa tête augmentait de volume. Depuis cette époque, la tumeur n'a cessé de croître, plus ou moins rapidement, sans jamais occasionner de douleurs. Mais en se développant du côté de l'orbite, elle produit une saillie considérable du globe oculaire, avec affaiblissement graduel de la vision, par suite de la distension du nerf optique. Les fonctions de l'intelligence, les mouvements et la sensibilité du corps n'ont, du reste, subi aucune altération.

Au premier coup d'œil, la moitié gauche de la tête, vue par devant, semble élargie de près de la moitié de son pourtour par une tumeur saillante latéralement. La commissure externe des paupières est abaissée de même que le globe oculaire, poussé de plusieurs lignes en avant. Le rebord orbitaire supérieur est épaissi, épaissi; l'os jugal et l'apophyse zygomatique gauche semblent plus volumineux que ceux du côté droit.

La tumeur, de consistance osseuse, a une forme semi-ovoïde; en bas, elle paraît limitée par l'os malaire; de là, son bord inférieur marqué par un sillon superficiel, se dirige sous forme de ligne courbe, en avant et en haut, vers le tiers externe du rebord orbitaire supérieur, et puis vers la partie moyenne de la moitié gauche du frontal, d'où il remonte plus directement en haut et en arrière, sous le cuir chevelu jusque près de l'occipital, parallèlement à la suture sagittale; la ligne de contour se recourbe ensuite en

bas, jusqu'à la portion mastoïde du temporal, d'où elle passe en avant, pour se terminer à l'extrémité postérieure de l'arcade zygomatique.

Les mesures suivantes donneront une idée du volume de la tumeur :

	Côté sain.	Côté malade
De la ligne médiane du front à celle de l'occipital.....	30 cm.	38 cm.
Dè l'angle de la mâchoire à la suture sagittale.....	48 cm.	25 cm.
Largeur de la moitié du front.	7 cm.	14 cm.

La partie interne du rebord orbitaire supérieur, l'os malaire et l'apophyse mastoïde gauches, participent à l'hypertrophie générale du squelette de la région; mais d'une manière moins remarquable que les os compris dans les limites ci-dessus indiquées.

La tumeur, immobile sur le crâne, présente à sa surface des inégalités plus ou moins grosses, séparées par des sillons superficiels dans lesquels cheminent les vaisseaux. Sa partie inférieure est recouverte par le muscle temporal, dont la contraction est facile à sentir dans les mouvements de la mâchoire inférieure. La peau qui recouvre la tumeur est exempte d'altération; parfaitement mobile; il n'y a point de douleurs.

En terminant l'auteur, discute le diagnostic de cette singulière tumeur, il élimine le cancer par suite de l'absence de cachexie après une si longue durée du mal, l'intégrité des ganglions et des téguments.

L'auteur fait encore remarquer que le diagnostic entre un enchondrome et une hyperostose est bien plus délicat. Habituellement les deux affections n'exercent aucune influence fâcheuse sur la santé générale. La dureté peut exister aussi bien dans l'enchondrome, qui souvent se recouvre d'une coque osseuse soit par ossification des couches superficielles, soit par dilatation de l'os au sein duquel il se développe. Dans ce dernier cas cependant, l'os aurait fini par être perforé sur quelques points.

Toutes ces circonstances font penser qu'il s'agit là, non d'une tumeur distincte, mais d'une hyperostose affectant à des degrés divers le frontal, l'os malaire, le temporal et le pariétal. — L'abaissement et la saillie du globe oculaire, l'absence de troubles cérébraux semblent indiquer que le mal est borné à la table externe, ou du moins que la table interne n'est intéressée que très légèrement.

TUMEURS MALIGNES.

Le cancer dans toutes ses formes et à tous les âges peut exister à la région temporale. Le plus grand nombre des tumeurs de cette région sont incontestablement cancéreuses. C'est ainsi que sur le nombre de 29 tumeurs temporales signalé dans le travail du docteur Borgoño, 22 sont des carcinomes et 2 sarcômes.

Ces tumeurs peuvent avoir leur point de départ dans toutes les couches qui composent la région temporale, à commencer par la peau qui est souvent atteinte d'épithélioma (O. Weber). Le muscle temporal a été aussi parfois le siège de tumeurs de nature cancéreuse. Sans discuter la question de savoir si c'est la fibre musculaire elle-même ou le tissu intermédiaire qui a été le point de départ du néoplasme, nous nous contenterons de signaler ici le fait suivant dû à Tatum :

OBSERVATION XXXV.

Cancer récidivé dans le muscle temporal, par Talum.

(Maladies des muscles dans Holmes Surgery) (1).

Il y a deux ans, je soignai un homme pour une tumeur parotidienne cancéreuse que j'extirpai. Plus tard j'enlevai une autre tumeur récidivée à la surface du masséter ; quatre mois plus tard, nouvelle tumeur de la grosseur d'une noix, dans ce qui restait du masseter, enfin, quelques mois après, deux petites tumeurs de même nature dans le muscle temporal.

Mais le plus souvent c'est l'os lui-même qui est le point de départ du néoplasme ; parfois la dure-mère a pu donner naissance à des tumeurs qui sont venues faire saillie à la région temporale après avoir perforé l'os ; sur 51 cas de fungus de la dure-mère, Velpeau (Dictionnaire en 30 v., t. X) a trouvé 8 cas aux tempes.

Ces tumeurs d'origine multiple sont aussi de nature différente, les unes, celles qui naissent à la peau sont des épithéliomes, d'autres sont des sarcomes ou des carcinomes.

Les sarcomes paraissent assez rares à la région temporale. Les 15 cas de sarcôme de la région crânienne cités dans le travail du docteur Borgofno sont ainsi repartis :

Région pariétale	2
— mastoïde.....	9
— frontale.....	2
— temporale.....	2

Le sexe masculin paraît prédisposer à ce genre de tumeur (10 hommes, 5 femmes) ; l'influence de l'âge est bien moins manifeste, car on trouve les sarcomes aussi bien chez les

(1) A. Després. Thèse de concours, 1866, p. 92.

enfants que chez les vieillards. Un des cas de sarcome que nous rapportons plus loin (cas de M. Bouilly) a été observé chez un enfant de 12 mois ; par contre O. Weber a observé un sarcome de la tempe chez une vieille de 86 ans ; entre ces deux extrêmes on trouve à peu près tous les âges.

On peut trouver à la région temporale des sarcomes des parties molles, mais dans le plus grand nombre des cas c'est l'os lui-même ou le périoste qui est le point de départ du néoplasme. Parfois, mais rarement, la dure-mère elle-même a pu être l'origine des sarcomes de la tempe. Le fait affirmé par Lebert, qui croit tous les fongus de la dure-mère des sarcomes, et défendu par Volkmann et Heincke, est complètement nié par Rindfleisch, qui les regarde tous comme des carcinomes. Virchow professe une opinion intermédiaire ; pour lui le plus grand nombre des fongus de la dure-mère sont des sarcomes, mais il y a un certain nombre de nature carcinomateuse.

Carcinome. — C'est une des tumeurs les plus fréquentes de la région. On sait du reste que d'après Volkmann le carcinome primitif des os atteint surtout les os du crâne. Sur 29 tumeurs temporales citées dans la thèse de Borgognio, 22 sont des carcinomes. Mais nous ferons remarquer que ces tumeurs viennent des cliniques allemandes, où on a une grande tendance à assimiler les épithéliomes (carcinome épithélial) aux carcinomes, aussi il est probable que la majeure partie de ces tumeurs sont des épithéliomes qui, d'après O. Weber, sont assez fréquents à la tempe. — Le carcinome apparaît en général chez les gens âgés. Sur les 22 tumeurs citées, une seule chez un individu de 25 ans, le reste entre 40 et 80 ans, la majeure partie (12) de 60 à 80.

Nous aurions voulu séparer dans leur étude symptomatique le carcinome et le sarcome malheureusement, dans l'état actuels de la question, cette distinction serait absolument théorique et sans aucune utilité clinique. Nous préférons diviser, au point de vue de la symptomatologie, ces tumeurs en deux variétés, celles qui naissent des os et celles qui viennent de la dure-mère.

I. *Tumeurs malignes des os.* — Le début de ces tumeurs est variable selon leur point de départ si c'est une tumeur qui prend naissance dans le périoste ou la couche superficielle de l'os (cas le plus fréquent), il est rare de trouver des douleurs plus ou moins vives précédant cette tumeur ; le plus souvent on note un peu de gêne ou bien absolument rien, et ce n'est que par hasard que le malade découvre sa tumeur. Nous donnons ici le cas suivant qui nous paraît un bel exemple de sarcome du péri-crâne.

OBSERVATION XXXVI.

Sur une tumeur sarcomateuse à la tempe, guérie par l'extirpation,
par J.-B.-J. Boulet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

(Journal de chirurgie de Desault, 2^e année, 1792, n^o 11, juin).

En 1788, Jean Dampon, maçon, alors âgé de 33 ans, aperçut à la tempe droite une petite tumeur mobile, dure et indolente. Six ans après, cette tumeur n'avait encore qu'un demi-pouce de diamètre. Son accroissement devint plus sensible dans les années suivantes ; de sorte qu'avant la fin de la neuvième, elle égala le volume d'un œuf de poule. Elle conservait cependant encore son indolence et sa mobilité.

Jusqu'à cette dernière époque Dampon ne s'était point occupé d'une maladie qui ne lui causait aucune incommodité. Alors, il consulta les empiriques, qui lui vendirent bien cher l'es-

poir de la guérison ; car, pour la guérison elle-même, les moyens employés parurent l'éloigner, en hâtant les progrès de la tumeur, et surtout en lui faisant perdre sa mobilité. Tel était l'état des choses lorsque, vers la fin de la dixième année, un nouveau charlatan promit une guérison prompte et sûre, et, s'étant fait payer d'avance, appliqua sur la tumeur un caustique, qui produisit beaucoup de douleur et deux petites escharres. Le charlatan disparut peu de temps après, effrayé par la rapidité du progrès de la maladie.

Les ulcères guérirent promptement ; mais le volume de la tumeur continua d'augmenter, au point que, lorsque le malade se rendit à l'Hôtel-Dieu, à la fin de novembre 1799, elle s'étendait de devant en arrière, depuis le petit angle de l'œil et la queue du sourcil, jusqu'au conduit auditif, en soulevant la partie antérieure de l'oreille ; et de haut en bas depuis la ligne demi-circulaire qui donne attache à l'aponévrose externe du muscle crotaphite, jusque sur l'apophyse zygomatique.

Cette tumeur avait à sa base 13 pouces 9 lignes de circonférence. Son étendue de haut en bas, mesurée avec un fil était de 7 pouces $1/2$ ligne. L'étendue transversale était moindre de 3 lignes.

Elle était immobile, presque ronde, très dure dans sa circonférence, un peu mollassée dans son centre. La peau, qui la recouvrait, paraissait y adhérer fortement, surtout à la partie inférieure, où elle était rouge, luisante et très douloureuse. Vers le milieu de la ligne demi-circulaire, la tumeur semblait être bornée par une espèce de rebord osseux, tel qu'aurait pu le produire l'érosion ou l'enfoncement de l'os. En arrière, on sentait battre faiblement sous la peau l'artère temporale superficielle, qui paraissait avoir beaucoup perdu de son calibre ; tandis que la veine, placée plus en avant, avait acquis un diamètre considérable.

Le malade n'avait d'autre incommodité que sa tumeur ; mais comme il était très vigoureux, habitué depuis son enfance à des travaux très rudes en plein air, et à des aliments abondants et grossiers, il eût été très dangereux de changer tout à coup ses habitudes. Le repos, l'air de l'hôpital et la diète indispensable après une grande opération, aurait pu influencer d'une manière fâcheuse, sur les suites de l'amputation de la tumeur et cette raison la fit différer de quelques jours, malgré les sollicitations du malade.

On employa ce temps à le préparer à l'opération, par l'usage de

boissons délayantes, et de quelques purgatifs. On couvrit en même temps la tumeur de cataplasmes émollients, dont l'effet fut de diminuer un peu la tension et la douleur de la peau. L'opération fut faite enfin le huitième jour, par M. Desault, de la manière suivante :

Le malade étant assis sur une chaise haute, le chirurgien, placé à sa droite et un peu en avant, incisa la peau d'avant en arrière, à la partie inférieure de la tumeur, qu'il détacha en partie, en coupant peu à peu le tissu cellulaire, près de la lèvre inférieure de la plaie; pendant que de la main gauche il élevait la masse sarcomateuse, et qu'un aide tirait la peau en bas. Il fit ensuite à la partie supérieure une incision semblable à la première, par laquelle il coupa outre la peau et le tissu cellulaire l'aponévrose externe du muscle crotaphite qui se trouvait soulevée par la tumeur. Alors il disséqua de haut en bas et de dehors en dedans et acheva de détacher la tumeur, en coupant en dernier lieu la partie qui comprenait le tronc de l'artère temporale profonde. Pendant ce temps, un aide comprimait avec les doigts la temporale superficielle, ainsi qu'une autre artère située à la partie supérieure de la plaie, et qui avait donné un jet de sang considérable.

Après la dissection, on saisit ces artères avec une pince à disséquer, et on en fit la ligature.

On nettoya ensuite les bords de la plaie; on essuya et l'on pansa à sec, avec des boulettes de charpie saupoudrées de colophane, de la charpie brute et quelques compresses, soutenues par une bande de 4-5 aunes, médiocrement serrée.

Le malade, rapporté dans son lit, fut couché sur le côté opposé à la plaie, et la tête un peu élevée. Il ne se plaignait, dans le cours de cette journée, que des cuissons inséparables d'une opération de cette importance. Cependant le pouls s'éleva vers le soir, et l'on fut obligé de faire une petite saignée au bras.

Le lendemain, il y eut un peu de fièvre. Il survint à la face un léger engorgement, qui augmenta beaucoup le jour suivant. On arrosa alors l'appareil avec la décoction de guimauve, et l'on couvrit toute la face de compresses imbibées d'eau vé géto-minérale. Ce topique n'empêcha pas le gonflement d'augmenter encore; il était très grand le quatrième jour. En même temps, la langue se trouvait couverte d'un limon épais, la bouche était amère, l'haleine puante, la peau sèche et le pouls très élevé. Ces symptômes

se dissipèrent vers le soir de la même journée, après que le malade eut été évacué assez copieusement, au moyen d'un grain de tartre stibié, étendu dans une pinte d'eau de veau qu'on lui fit prendre dans le cours de la matinée.

Le cinquième jour on n'apercevait presque plus de gonflement de la face ; la suppuration était bien rétablie, et la charpie détachée du fond de la plaie, ce qui permit de renouveler l'appareil tout entier. La suppuration fut très abondante les jours suivants.

Le douzième, l'aponévrose moyenne du crotaphite, que l'on avait mise à découvert, en emportant la tumeur, commença à s'exfolier, on en détacha le lendemain une portion considérable, et six jours après il n'en restait plus de trace. Alors la suppuration diminua ; et la cicatrice commença à la circonférence de la plaie. Il restait vers le centre, dans l'endroit où l'aponévrose avait été détruite, un enfoncement considérable, qui ne fut rempli que le vingt-sixième jour. Le fond de la plaie était presque au niveau des bords et elle n'avait plus qu'un pouce et demi de diamètre.

A cette époque, le malade ouvrait difficilement la bouche, et la destruction d'une grande partie du muscle crotaphite donnait lieu de craindre que cette difficulté n'augmentât avec les progrès de la cicatrice. Pour obvier à cet inconvénient, on plaça entre les dents molaires du côté malade un coin en bois, que le malade gardait pendant toute la nuit, et la plus grande partie du jour, et qu'il avait soin d'enfoncer tous les jours de plus en plus. Ce moyen réussit en peu de temps à rétablir l'écartement naturel des mâchoires : on continue cependant d'en faire usage, jusqu'après l'entière cicatrisation.

Le trente-deuxième jour la plaie avait moins d'un pouce d'étendue. Elle resta à peu près la même jusqu'au quarantième. La suppuration était alors moins liée que les jours précédents ; la langue n'était point chargée, mais le malade avait perdu l'appétit, et se plaignait d'un peu d'amertume à la bouche ; ce qui semblait indiquer une mauvaise disposition des premières voies. On y remédie en faisant prendre tous les matins un gros de crème de tartre dans la boisson ordinaire. L'appétit revint au bout de quelques jours, et la cicatrisation avança tellement, que, le cinquante-sixième jour la plaie n'avait plus que deux lignes de diamètre. Il survint alors à la partie supérieure de la cicatrice, une

excoriation qui, malgré l'usage de la crème de tartre, occupa bientôt l'étendue d'un pouce carré. L'amertume de la bouche et les nausées qui survinrent en même temps firent recourir à l'émétique en lavage, qui produisit de bons effets. Les mêmes symptômes apparurent au bout de huit jours, et cédèrent encore au même remède. La plaie acheva ensuite de se cicatriser, et le malade sortit de l'hôpital, le quatre-vingt-troisième jour de l'opération. La cicatrice légèrement enfoncée, n'avait pas plus d'un pouce de longueur, et n'était aucunement difforme.

Lorsque la tumeur prend naissance dans le diploë, elle s'accompagne le plus souvent de douleurs précoces, vives, siégeant dans un point fixe prenant parfois le caractère névralgique et fatiguant beaucoup les malades qui demandent l'intervention chirurgicale bien plus tôt.

Nous donnons le cas suivant de M. Pétrequin comme exemple :

OBSERVATION XXXVII (1).

Tumeur du diploë. Ligature de la carotide primitive. Mort.
Par Louis Bos, interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Antoinette Couperet, 17 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 3 août 1844. Il y a 20 mois elle a reçu un coup de bâton sur la région antéro-latérale du crâne à droite. 7 jours après douleur dans la partie frappée et bientôt après tuméfaction mal limitée; par deux fois les douleurs et la tuméfaction s'arrêtent sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, mais bientôt la tumeur fait de tels progrès que la jeune fille rentre pour la troisième fois à l'hôpital dans l'état suivant : Tumeur volumineuse siégeant aux régions orbitaire, frontale et temporale droite, à forme inégale, elle offre des bosselures, une antérieure constituée par le déplacement considérable de l'œil, une temporale, une frontale et une quatrième pos-

(1) Journal de la Société de méd. pratique de Montpellier, 1845, t. I p. 34.

térieure correspond à la suture fronto-pariétale. L'étendue de la tumeur est de 17 cent. $1/2$ dans le sens horizontal et vertical et de 15 cent. dans un sens oblique de haut en bas, d'arrière en avant et de dedans en dehors. La peau présente sa coloration normale. Les veines sous-cutanées sont très développées. La tumeur se prolonge en haut sur le frontal jusqu'à la suture fronto-pariétale droite, et dans la fosse temporale jusqu'au conduit auditif externe. A la palpation la résistance que fournit la tumeur est moins grande que celle de l'exostose ou du squirrhe, plus considérable que celle d'un kyste. Sensation de fluctuation observée au niveau des bosselures, on y constate des espèces d'ouvertures limitées par des ponts osseux comme si l'os avait éclaté à ce niveau. L'os aminci dans toute l'étendue de la tumeur laisse percevoir une crépitation parcheminée. Au niveau des usures osseuses on sent des battements isochrones à ceux du poulx. A la région temporale ces battements sont perceptibles seulement sur le trajet des artères qui paraissent plus développées. — La compression ne détermine aucun signe cérébral, très peu de douleur et pas de diminution du volume de la tumeur.

En face du progrès incessant de la tumeur, des douleurs intolérables et des réclamations de la malade M. Pétrequin lie la carotide primitive le 21 octobre; quatre jours après les douleurs avaient cessé et la tumeur était considérablement diminuée. Mais vers le 1^{er} novembre la tumeur devint tendue, cyanosée, douloureuse, petit à petit un foyer se forme à la partie antérieure et son incision laissa écouler une notable quantité de pus le 15 novembre. L'état général était assez mauvais. Après plusieurs alternatives en bien ou en mal la malade finit par succomber le 30 novembre à la suite d'une hémorrhagie secondaire considérable qui eut lieu par la plaie de ligature.

Autopsie. — Nous passons des détails très intéressants relatifs à la ligature pour n'enregistrer que ce qui est relatif à la tumeur.

Le volume de la tumeur est diminué : 0^m 12 dans son diamètre oblique, 0^m 115 dans la perpendiculaire et 0^m 125 dans l'horizontal. Toute la partie supérieure et antérieure de la tumeur est détruite et remplacée par un vaste foyer purulent au fond duquel on trouve l'os nécrosé assez profondément et complètement détruit en dedans où on aperçoit le cerveau par une ouverture de 1 centimètre de diamètre.

La tumeur temporale est encore à l'état primitif; il n'y a pas eu de suppuration. Elle a le volume d'un gros poing et n'est recouverte que par le crotaphite qui est pâle, aminci, atrophié. En arrière elle s'est étalée en champignon de manière à recouvrir une certaine étendue du temporal dont l'altération est interrompue d'une manière brusque. La substance osseuse a éprouvé une véritable rétrocession. La table externe est réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier, elle manque dans plusieurs endroits; là où elle fait défaut elle est remplacé par une membrane fibreuse résistante, bien indépendante du péricrâne. La paroi externe de la tumeur est ainsi ostéo-fibreuse. L'arcade zygomatique est détruite. L'intérieur de la tumeur est divisé en plusieurs sens par des cloisons fibreuses sur lesquelles rampent des branches artérielles. Les intervalles qui les séparent sont remplis par une matière grasseuse ou plutôt huileuse ressemblant à de la glaire d'œuf.

La surface de la dure-mère est saine, par sa face externe elle adhère au pourtour de la tumeur au moyen de filaments membraneux. La table interne qui a disparu dans ce qui correspond à la tumeur, ne participe pas dans son pourtour à la nécrose de la table externe.

Quoi qu'il en soit, on trouve, à la période d'état, une tumeur fixée au crâne, sans adhérence aux téguments, parfois petite, mais augmentant progressivement, d'autres fois plus ou moins volumineuse, pouvant aller jusqu'au volume d'une tête de fœtus à terme (Leclère), de consistance variable, quelquefois dure, c'est peut-être le cas le plus rare. Voilà un exemple :

OBSERVATION XXXVIII.

Tumeur fibro-plastique de la région temporale,
par le D^r Dumas (1).

S..., 59 ans, bonne constitution, santé excellente, antécédents très favorables. Père mort, à 72 ans, suite de taille sus-pubienne,

(1) Bull. de Soc. de chirurgie, 1^{re} série, t. VIII, p. 276.

mère à 86 ans par hémorrhagie cérébrale. Pas de syphilis. En 1837 chagrins violents; quelques années après douleurs pulsatives dans la fosse temporale droite; distension graduelle de cette partie avec sensation d'élancements violents, augmentant par intervalles d'intensité, mais pas plus la nuit que le jour. Malgré les douleurs, santé générale bonne, facultés intellectuelles parfaites, locomotion facile.

Un an après l'apparition de cette tumeur, traitement syphilitique.

Le 15 mars 1841, la tumeur avait 3 cent. $1/2$, 4 centimètres de diamètre ou le volume de la moitié d'un marron moyen aplati. Pendant près de deux ans, à la suite de ce traitement, il y eut une amélioration notable, diminution ou cessation prolongée des élancements, la tumeur reste stationnaire. Après cette époque retour des accidents; l'iodure de potassium ayant déterminé quelques accidents; le malade en suspend l'usage et refuse tout traitement. La peau des membres inférieurs présente pendant quelques mois de petites ecchymoses isolées comme dans le scorbut. Plus tard douleurs vives dans plusieurs articulations. Pendant ce temps les élancements de la tempe sont plus rares et moins violents la tumeur paraît stationnaire.

Plus tard, la tumeur augmentant, on consulte Gerdy Cloquet et Roux qui considèrent l'affection comme une périostose syphilitique et conseillent un traitement énergique qui n'est qu'incomplètement suivi. Le malade fuit la société, refuse tout traitement et reste ainsi plusieurs années. Pendant ce temps, la tumeur s'accroît lentement et s'étend vers les parties voisines; elle est limitée par l'arcade orbitaire et zygomatique, la racine de l'oreille et la partie moyenne du temporal. Elle forme une bosse arrondie dure, peu douloureuse au toucher.

Le 4 septembre 1849, la tumeur avait 7 cent. 5 d'étendue sur 6 cent. de hauteur. Jamais de fluctuation ni de battements profonds.

L'artère temporale est augmentée de volume.

Le 20 décembre 1853, M. S. fait une chute sur la glace et se fracture l'olécrâne et le col du fémur à gauche.

Dix-huit mois après, la vue du côté droit s'affaiblit, l'œil paraît plus gros. La mémoire devient plus faible, la misanthropie augmente. La marche devient plus difficile par suite d'un affaiblisse-

ment progressif de la jambe droite. Les deux bras conservent leur force et leurs mouvements. Les élancements dans la tumeur sont moins violents, mais le malade se plaint d'étourdissements et de vertiges qui occasionnent souvent des chutes.

En 1857, la faiblesse fit de rapides progrès; la mémoire diminua beaucoup. Les bras conservent leur force, l'état général est bon. Incontinence d'urine.

Le malade meurt le 10 janvier 1858 en présentant des phénomènes de contracture suivis bientôt de coma.

Autopsie. — La tumeur de la tempe est résistante et paraît formée par le tissu de l'os, hypertrophié. Sa surface est lisse, arrondie et occupe tout l'intervalle compris entre l'angle externe de l'orbite, l'arcade zygomatique, l'insertion de l'oreille et la partie moyenne du temporal. Son volume égale celui d'une moitié d'orange de moyenne grosseur. Bombée et arrondie à sa partie centrale, ses bords se confondent graduellement avec les parties voisines. La peau qui la recouvre est saine et conserve sa couleur naturelle.

Les os du crâne sont sains partout, excepté à la tempe droite où le tissu osseux présente une voussure remarquable; le muscle temporal qui la recouvre est pâle, amaigri, comme atrophié.

La dure-mère ne présente rien de particulier. Le cerveau est sain et présente sur sa face externe, au niveau de la fosse temporale droite une dépression très notable.

En écartant légèrement le cerveau de la paroi latérale du crâne, on remarque dans la fosse temporale une tumeur rouge parfaitement lisse, ayant le volume de la moitié d'une grosse orange, et couvrant par son bord inférieur presque toute la surface du rocher. Elle adhère par une base large aux parois du crâne avec lesquels elle paraît se confondre; mais sa surface lisse et arrondie paraît recouverte d'une membrane séreuse qui l'isole des parties voisines. Le nerf optique droit est aplati et plus mince que le gauche.

On remarque à la partie supérieure de la tumeur une légère voussure formée par une tumeur plus petite qui semble implantée sur la tumeur principale. Sa couleur était jaunâtre et son aspect lardacé. M. Follin les a trouvées formées de tissus fibro-plastique. Outre la tumeur placée dans la fosse temporale, il en existe une autre, à peu près semblable, mais moins volumineuse, développée sur la

face externe du temporal. Par sa base, elle correspondait exactement à celle qui existait à la surface externe du crâne, mais elle était bien moins volumineuse et moins rouge que celle-ci.

M. Houel, qui a fait l'examen histologique, a trouvé l'écaille du temporal notablement hyperostosée, son épaisseur varie entre 1 et 2 cent. Le tissu osseux est très dense et éburné. Les deux faces de l'écaille du temporal sont hérissées de nombreuses stalactites osseuses disposées en aiguilles et perpendiculaires aux faces. Ces aiguilles se rendent dans une tumeur à peu près d'égal volume de chaque côté, aplatie et faisant relief en dehors dans la fosse temporale qu'elle remplit en dedans du côté du cerveau qu'elle déprime.

La tumeur extérieure, située sous le crotaphite dont les fibres sont distendues et atrophiées, est dense, peu vasculaire et donne peu de suc. L'interne, au contraire, est molle, vasculaire et pleine de suc.

La tumeur interne a détruit la dure-mère, et est en rapport avec l'arachnoïde, avec laquelle pourtant elle n'a pas contracté d'adhérence.

L'examen microscopique a montré dans ces tumeurs des éléments fusiformes et des noyaux fibro-plastiques, mélangés d'éléments fibroïdes en proportion variable.

Le plus souvent la consistance est plus ou moins molle; cette mollesse allant parfois jusqu'à la fluctuation (Duplay); le cas suivant, que nous devons à l'extrême obligeance de M. le professeur Trélat, est un exemple frappant :

OBSERVATION XXXIX.

Sarcome de la région temporale droite.

Le 8 mai 1882, entre dans le service de M. le professeur Trélat, à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, 45, le nommé Doyen, âgé de 22 ans, jardinier, pour une petite tumeur de la région temporale droite.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Aucune maladie

antérieure. Pas de rhumatisme, pas de scrofule infantile. Six semaines avant son entrée, il a senti dans la tempe droite une tumeur arrondie, petite, sans douleur. Pas de contusion ni de chute antérieure. L'accroissement de cette tumeur s'est fait progressivement mais sans aucune douleur.

A son entrée, on constate une tumeur arrondie, limitée en bas par l'arcade zygomatique, sous-aponévrotique et fluctuante ; la contraction du muscle temporal qu'on sent au-dessus d'elle, la tend et la rend plus rénitente. Cette tumeur n'est pas réductible et ne présente aucun battement.

10 mai. On fait une ponction exploratrice avec l'aspirateur Dieulafoy. Il ne sort qu'un peu de sang.

Les jours suivants, la tumeur augmente un peu de volume et la peau prend une couleur rosée.

Le 16. Opération. On incise verticalement les téguments et l'aponévrose superficielle ainsi que la couche grasseuse non hypertrophiée qui est au-dessous.

Les fibres du temporal, mises à nu, sont incisées verticalement et écartées. Au-dessous, on ouvre un espace rempli de détritüs grisâtre, grumeleux, d'aspect encéphaloïde. Aucune trace de pus.

Le doigt, porté dans la cavité, tombe sur une surface osseuse, vermulue, rugueuse, de la grandeur d'une pièce de 2 francs, sans aucun relief périostique au pourtour. Lorsqu'on essaye de ruginer la surface de l'os malade, un point de cet os cède et se perfore, il en résulte une hémorrhagie assez abondante fournie par quelques artères profondes.

Au moment où on porte une éponge montée dans la plaie, l'os s'effondre et l'éponge pénètre dans la cavité crânienne. Hémorrhagie très abondante. On applique des pinces à forcipressure et on tamponne la plaie.

Dans l'après-midi, agitation considérable; le soir, T. 36,6, P. 54. Nuit très agitée.

Le 17, matin. T. 39,6, P. 124. Le malade a soif, il se plaint de mal de tête. Dans la journée, agitation croissante cessant tout à coup vers le soir. T. 40,6. Coma alternant avec de courtes périodes d'excitation.

Le malade meurt le 18 mai à 3 heures du matin.

Autopsie. — 28 heures après la mort.

Epanchement sanguin entre la dure-mère et la surface du cerveau.

Plaie contuse de la partie antérieure du lobe sphénoïdal.

Congestion générale des méninges et de la substance cérébrale.

Déchirure de la dure-mère correspondant à la plaie du cerveau.

On trouve sur l'os temporal un orifice de la grandeur d'une pièce de 20 centimes; au-dessus, l'os est altéré et friable dans une étendue égale. D'autres points assez étendus de l'écaille du temporal, présentent une couleur rouge foncé et sont rugueux à la surface; celle-ci est recouverte de petites saillies rouges, formées par de la substance osseuse développée au dépens du périoste.

L'apophyse orbitaire externe présente des altérations ayant le même aspect.

Dans le muscle temporal, on peut voir une petite cavité du volume d'une noix tapissée d'une membrane lisse et unie ayant formé la paroi de la tumeur signalée plus haut.

En résumé, tumeur à développement rapide et insidieux; fausse fluctuation; la ponction exploratrice ne donne que du sang. On soupçonne un sarcome et on opère. L'os, très mince et très friable, (l'autopsie a montré qu'il était papyracé), cède, il se produit une perforation avec plaie et contusion cérébrale qui emportent le malade.

Nous devons à l'extrême obligeance de M. le Dr Latteux, chef de laboratoire de clinique chirurgicale de l'hôpital Necker, l'examen histologique de cette tumeur. Qu'il nous permette de le remercier ici de l'empressement qu'il a mis à nous être utile.

Examen histologique. — Nous considérerons deux zones différentes: une zone osseuse et une seconde comprenant la tumeur proprement dite.

Zone osseuse. — Cette zone présente tous les caractères de l'ostéite raréfiante; c'est-à-dire abondance d'éléments

embryonnaires dans le tissu médullaire, et raréfaction du tissu osseux, caractérisé par des débris de lamelles, sans connexion entre eux, et présentant sur leurs bords des érosions plus ou moins profondes. On ne trouvait pas dans cette région de gouttelettes huileuses, ainsi qu'on le voit dans la nécrose. Il y avait donc des phénomènes inflammatoires, et non de régression.

Tissu de la tumeur caractérisé par des petites cellules accolées les unes aux autres, donnant absolument l'aspect du tissu dit de granulation, au milieu duquel se montrent des vaisseaux assez nombreux à l'état embryonnaire. Quelques points sont ramollis et coïncident avec d'assez nombreuses infiltrations sanguines, provenant de ruptures de vaisseaux.

Voilà un autre exemple analogue pour la mollesse :

OBSERVATION XL.

Tumeur généralisée chez un enfant, par M. Bouilly.

P... (Elise), âgée de 12 mois, entrée le 9 octobre 1871, lit n° 43, salle Sainte-Eugénie.

Il y a six semaines, chute de sa hauteur, sans qu'il soit possible de préciser si la tête a surtout porté. Deux jours après, ecchymose de la paupière inférieure gauche.

Quinze jours après, sommeil agité, appétit diminué, pas d'autres troubles digestifs ; l'exophtalmie commence.

Deux jours avant l'entrée, ecchymose à la paupière inférieure droite.

Douze ou treize jours auparavant, apparition d'une tumeur peu saillante dans la fosse temporale gauche.

Aucun antécédent dans la famille.

Etat actuel. — L'enfant paraît dans un état avancé de cachexie,

(1) Bull. de la Soc. anat., 1871, p. 397.

exophthalmie considérable à gauche, pupille contractée de ce côté mais cédant à l'influence de l'atropine.

Dans la fosse temporale tumeur peu saillante de l'étendue environ de 5 francs en argent, molle, fluctuante, sillonnée de veines assez volumineuses. Toute la face du côté gauche paraît tuméfiée, la moitié gauche de la voûte palatine paraît abaissée, l'arcade alvéolaire supérieure est tuméfiée et le sillon gingival du même côté diminué de profondeur. Muguet.

14 octobre. Mauvais état général. Cris plaintifs, la tumeur temporale n'est point augmentée.

Du 14 au 20. La malade est dans un assoupissement continuuel dont elle sort de temps en temps pour pousser des cris violents et faire quelques mouvements qui ne ressemblent pas aux convulsions.

Le 20. Dans la journée, la cornée se perfore à gauche, l'œil se vide. L'enfant meurt dans la soirée.

Pendant la vie, on n'a jamais vu ni battement, ni soulèvement de la tumeur.

Autopsie, 36 heures après la mort. — Le prolongement frontal de la tumeur s'étend sous le muscle temporal gauche dont les fibres ont presque complètement disparu, tumeur analogue à la région malaire, ainsi que dans la bouche où la tumeur fait saillie à travers une perforation de la voûte palatine.

Au niveau du lobe frontal gauche du cerveau, à la partie externe et postérieure, une profonde dépression produite par un prolongement intracrânien de la tumeur. Pas de méningite.

La face interne de la voûte du crâne présente plusieurs bosses violacées, saillantes, siégeant sous la dure-mère. Leur incision laisse échapper une matière rougeâtre, molle, analogue à la pulpe splénique ramollie.

A la base du crâne on trouve une tumeur violacée grosse comme un œuf, occupant l'étage supérieur gauche et dépassant en arrière l'aile du sphénoïde, la suture fronto-temporale est disjointe et correspond à peu près au grand axe de la tumeur. Cette tumeur correspond à celle observée pendant la vie dans la fosse temporale. Presque tous les os du crâne présentent de petites éminences sous-périostiques formées d'un tissu analogue.

Le sinus maxillaire du côté gauche est détruit et complètement envahi par une tumeur analogue à celles du crâne.

On trouve en outre des tumeurs petites et nombreuses sur la face interne de presque toutes les côtes, et une grosse tumeur dans l'hypochondre gauche non diagnostiquée pendant la vie.

Il est probable qu'il s'agit dans ce cas d'un sarcome embryonnaire.

D'autres fois, on trouve à la palpation des points durs et des parties molles, comme dans l'observation suivante.

OBSERVATION XLI.

Sarcome fuso-cellulaire de la région temporale, étendu consécutivement à toute la partie droite de la face,

par René Le Clère, interne des hôpitaux (1).

Le nommé X... entre le 4 juillet 1880 dans le service de M. Périer, salle Saint-Christophe, n° 44. Cet homme raconte qu'il a toujours eu une santé débile. Il est sujet à des douleurs rhumatismales. Du côté des parents, on note que la mère est morte jeune après quatre grossesses et que le père a succombé vers 78 ans à un carcinome de l'estomac. Pour lui, il a eu huit enfants dont un mort à 8 ans; les autres vivants jouissent d'une bonne santé. Au mois de mai 1879, le malade tomba sur le coin d'une table en bois; c'est la région temporale qui supporta le choc; quinze jours après commença à se développer une petite tumeur, dont on n'avait pas soupçonné l'existence antérieure. Cette production morbide grossit très vite, si bien que, quatre mois après le début, elle avait le volume d'une tête de fœtus à terme. Aucun phénomène bien saillant du côté de la tumeur, si ce n'est des douleurs névralgiques passagères à ce niveau. Le traitement suivi par le malade a été le suivant. Durant le mois de juillet, iodure de potassium; au mois d'août, des pilules de mercure; en septembre et octobre, traitement ioduré intus et extra. Au mois de novembre, il vit M. le professeur Verneuil, qui lui prescrivit des onctions d'onguent napolitain sur la tumeur, et même pratiqua une ponction qui donna

(1) Progrès médical, 4 juin 1881.

issue à un peu de matière jaunâtre et à quelques gouttes de sang.

Etat actuel. — Le malade, qui est très maigre et ne mange presque plus, présente une tumeur occupant la fosse temporale droite, s'étendant à la région parotidienne. Du côté interne elle pousse des prolongements du côté de la fosse zygomatique et même gagne la fosse nasale droite. Il y a refoulement en avant de tout le globe de l'œil avec chémosis considérable, toutefois la vision n'est pas abolie. La partie appréciable de la tumeur a le volume d'une grosse tête de fœtus à terme. A ce niveau, la peau est amincie et de couleur rouge vineuse. Si on palpe la tumeur, on y trouve alternativement des points durs et des parties molles, mais qui ne donnent pas la sensation de cavités kystiques.

Névralgies dans le côté droit de la face.

20 septembre. La tumeur a pris une extension rapide vers les régions non encore atteintes, elle occupe maintenant les deux tiers supérieurs de la région massétérine et se prolonge vers la cavité buccale. Difficulté extrême pour ouvrir la bouche.

Les paupières ont à peu près disparu et le globe de l'œil, réduit à un moignon inutile, proémine en avant du plan de la face, reposant sur une masse de tissu morbide.

Le sinus maxillaire est envahi par le sarcome et forme une saillie énorme au-dessous de l'œil. Depuis ce jour, le malade n'a fait que décliner, ne mangeant plus, privé de sommeil et s'est éteint sans effort et sans avoir jamais présenté le moindre phénomène de compression cérébrale.

Autopsie. Pour enlever la tumeur complètement, il est nécessaire de scier la calotte crânienne, car le néoplasme a détruit les os à ce niveau et pénétré dans le crâne. Il existe une perte de substance portant sur le temporal, une légère partie du frontal et du pariétal.

Cette perte de substance est limitée par un bord crénelé anfractueux, présentant les lésions microscopiques de l'ostéite raréfiante. Le produit morbide a détruit la dure-mère, a soulevé l'hémisphère droit de l'encéphale, de telle façon que les circonvolutions frontales inférieures ont été relevées et sont devenues externes. La voûte de l'orbite ainsi que son plancher n'existent plus, absence à peu près complète du maxillaire supérieur et des deux tiers supérieurs du maxillaire inférieur du côté droit.

La tumeur pèse 180 grammes. En la coupant, on trouve des parties dures avec des points extrêmement mous, gélatiniformes, faisant penser à priori, à une dégénérescence colloïde du tissu morbide.

Le cerveau est sain.

L'examen histologique de la tumeur a montré que la structure était en tous points identique à elle-même, aussi bien dans les parties dures que dans les parties molles. C'est du sarcome à grandes cellules fusiformes avec plus ou moins de substance intermédiaire.

Quant aux lésions osseuses, ce n'est que de l'ostéite raréfiante pure.

Ces tumeurs peuvent présenter des battements plus ou moins énergiques, isochrones au pouls, du souffle et même un certain mouvement d'expansion. Tous ces signes, dus à une vascularisation anormale de la tumeur, peuvent diminuer considérablement par la compression du tronc carotidien. Nous rapportons ici deux beaux exemples :

OBSERVATION XLII (1).

Sarcome pulsatile multiple de la fosse temporale gauche du corps thyroïde et du sternum, par Vallérian.

Il s'agit d'une malade mélancolique du service de M. Trélat, à la Salpêtrière. Malade, maigre, jaunâtre, très affaiblie depuis trois mois. Elle porte depuis plusieurs années à la fosse temporale gauche, une tumeur qui a notablement augmenté depuis quelques mois. Cette tumeur s'étend de l'angle inférieur et externe de l'orbite jusqu'au tragus, ovale, aplatie, elle a le volume d'une grosse noix. Au niveau de la tumeur, la peau a sa coloration habituelle : sous la peau à 1 cent. en avant du tragus et parallèlement au grand axe de l'oreille on remarque une petite artère flexueuse du volume d'une grosse tête d'épingle. La tumeur est animée de battements

(1) Bull. de la Soc. anat., 1874, p. 754.

visibles à l'œil, perceptibles au doigt, et isochrones au battement du poulx, on y sent des mouvements d'expansion très nets. A l'auscultation, bruit de souffle doux, systolique, unique. La tumeur est molle sans être fluctuante; difficile à limiter, elle semble se continuer insensiblement avec les os voisins. On sent avec le doigt l'os de la pommette; mais l'apophyse zygomatique du temporal semble détruite par la tumeur. La compression de la carotide primitive gauche diminue notablement les battements de la tumeur sans les abolir.

Des tumeurs analogues existent l'une dans le corps thyroïde, l'autre dans le sternum (nous passons leur description).

La malade présente une paraplégie sans paralysie de la vessie qui nécessite des cathétérismes répétés, elle finit par succomber le 3 août, 17 jours après son entrée.

Autopsie. — (Nous laissons de côté tout ce qui ne se rapporte pas à la tumeur temporale).

La tumeur est placée au-dessous du muscle temporal qu'elle soulève; du volume d'une grosse noix. Elle se confond en arrière avec la portion écailleuse du rocher, et cet os est très probablement son point de départ. L'apophyse zygomatique du temporal a disparu au milieu de la tumeur; celle-ci a également détruit l'articulation temporo-maxillaire gauche; il ne reste plus du condyle du maxillaire inférieur qu'une aiguille osseuse de la grosseur d'une allumette. En avant la tumeur a détruit une notable partie de la grande aile du sphénoïde; aussi s'avance-t-elle jusqu'à la paroi externe de l'orbite, qui est encore intacte.

En dedans et en haut, la tumeur fait saillie dans l'étage moyen de la base du crâne du côté gauche: l'enfoncement que l'on trouve normalement à ce niveau est en grande partie effacé. La dure-mère est placée directement sur la tumeur, à laquelle elle adhère; elle présente à sa face externe quelques petites végétations du volume d'une tête d'épingle, qui ont la même structure que la grosse tumeur. Enfin, celle-ci fait saillie en dedans et en arrière dans l'intérieur du sinus sphénoïdal; en avant et en dedans on voit les organes qui passent par le trou rond et ovale, organes qui devaient être comprimés pendant la vie (aucun signe), le trou déchiré antérieur est respecté.

La corne sphénoïdale du cerveau est aplatie et refoulée en arrière par la tumeur, du reste, elle n'est nullement altérée, pas plus que

le reste de l'encéphale. Il nous semble juste de rapprocher cette compression de l'affaiblissement très net de tout le côté gauche du corps, observé pendant la vie.

La tumeur elle-même est d'un gris rougeâtre, molle, presque diffluente, son aspect est le même dans tous ses points, examinée à l'état frais, on trouve partout des petites cellules à gros noyau, assez régulières. — Il s'agit donc d'un sarcome multiple très vasculaire.

OBSERVATION XLIII.

Encéphaloïde de la région temporale pris pour un anévrysme de la
ménée moyenne et traité comme tel,
par Kremnitz et Richter.

(Revue des sciences médicales, 1875, p. 692, et 1878, p. 238).

Une femme de 61, ans reçoit un coup violent à la tempe droite, six mois plus tard elle se plaint d'entendre dans l'oreille droite une sorte de bourdonnement et peu après elle remarque l'existence dans la région temporale droite d'une petite tumeur, indolente à la pression.

Cette tumeur s'accroît lentement pendant six mois, sans être accompagnée de troubles cérébraux, ni vertiges, ni céphalalgie, ni troubles paralytiques ; le bruissement d'oreille seul persiste très fort. A ce moment, la malade se présente à la clinique de Bardeleben, de Berlin, où l'on constate une tumeur située immédiatement au-dessus du pavillon de l'oreille, circonscrite, fluctuante, pulsatile, il y a un souffle manifeste ; elle est réductible dans l'intérieur du crâne, et cette réduction ne provoque aucun symptôme cérébral. La compression de la carotide primitive droite détermine l'affaissement de la tumeur et arrête les battements pour ne laisser subsister que de oscillations isochrones aux mouvements respiratoires, ces symptômes sont au contraires exagérés par la compression de la carotide gauche.

Les artères temporale et auriculaire postérieure sont dilatées, leur compression semble augmenter le volume de la tumeur et l'intensité des pulsations. Quand la tumeur est réduite, on sent qu'elle fait issue à travers une perforation du crâne, occupant une partie de la portion écailleuse du temporal et la partie avoisinante

du pariétal ; les bords de cette perforation sont sinueux et tranchants.

Bardeleben porte le diagnostic d'anévrysme de la méningée moyenne et conseille la compression digitale de la carotide primitive. Elle fut faite d'une façon intermittente par la malade elle-même, pendant près de 9 mois, on y associa quelque temps des injections hypodermiques d'ergotine au voisinage de la tumeur. Aucune amélioration ne s'étant produite, Bardeleben pratiqua le 30 mars 1873, la ligature de la carotide primitive ; le vaisseau n'était nullement athéromateux. L'opération fut faite avec toutes les précautions de Lister. La réunion se fit par première intention, on appliqua un bandage compressif sur la tumeur, mais cette application fut douloureuse et suivie de fièvre, qui céda dès que le bandage fut enlevé. Il n'y eut aucun phénomène cérébral et le 15 juin, la malade pouvait quitter l'hôpital munie d'un appareil protecteur, pour la perte de la substance osseuse. L'anévrysme était au niveau de l'os, il n'y avait plus ni battements ni souffle, sa consistance n'avait cependant été que peu modifiée. L'on ne sentait plus de battements dans l'artère auriculaire postérieure, ils étaient très faibles dans la temporale.

Continuation par Richter. — Immédiatement après l'opération pratiquée le 30 mai 1873, la tumeur de la région temporale droite s'était affaissée, restant de niveau avec la voûte crânienne ; le souffle et les battements y avaient disparu ; l'artère temporale ne battait que très faiblement. Mais bientôt les vertiges et les bourdonnements d'oreilles reparurent, la tumeur se remit à faire saillie, le souffle et les pulsations y reparurent, et en novembre 1874, Bardeleben fit la ligature des artères temporale et auriculaire postérieure. On y joignit la compression exercée directement sur la tumeur, mais après une amélioration passagère, on dut y renoncer, tant elle devenait douloureuse. Les symptômes cérébraux s'accrurent davantage ; il survint en juin 1875 de la paralysie, d'abord à gauche et incomplète, puis envahissant les quatre membres, il s'y joignit des convulsions, et la malade succomba le 17 août 1876.

A l'autopsie on trouva une tumeur mesurant environ 9 cent. 5 de long, 8 cent. de large et $1\frac{1}{2}$ d'épaisseur, et occupait les régions écailleuses du temporal et de l'occipital et une partie du pariétal, tumeur faisant saillie à l'extérieur mais recouverte antérieurement par la lame vitrée, sauf dans sa partie la plus inférieure où la tu-

meur proéminait dans l'intérieur du crâne. Une petite tumeur du volume d'une aveline, se trouvait dans l'angle formé par la faux du cerveau avec la tente du cervelet. La dure-mère adhérait intimement à l'os; les méninges très vascularisées adhéraient aussi à la substance cérébrale laquelle offrait, au niveau des points saillants de la tumeur, son aspect habituel dans les cas de compression du cerveau.

Quant à la nature de la tumeur, elle offrait à l'œil nu tous les caractères de l'encéphaloïde ayant son point de départ dans la substance du diploé. L'examen microscopique n'en a pas été fait.

La compression de ces tumeurs s'accompagne de douleurs plus ou moins vives et parfois de crépitation parcheminée, signe de grande importance, mais malheureusement rare.

Nous ferons remarquer que la tumeur reste longtemps indépendante des téguments extérieurs, qui, en cas de tumeur volumineuse, peuvent être considérablement amincis, présentent des varicosités veineuses, mais sont rarement adhérents et exceptionnellement ulcérés. Plus tard, lorsque le néoplasme a fini par amener la perforation du crâne, les signes qu'on trouve sont un mélange du fungus de la dure-mère et des précédents, et si l'on n'a pas assisté à l'évolution de la tumeur on ne pourra que difficilement se prononcer sur le point de départ.

Lorsque la tumeur prend naissance sur la dure-mère, tant qu'elle n'a pas entamé les os, il est très difficile de la reconnaître, car elle ne donne lieu qu'à des troubles fonctionnels peu marqués et vagues. Le plus souvent on note une céphalalgie plus ou moins intense à siège fixe ou mobile, dont l'intensité est du reste fort variable. Parfois il existe des signes de compression cérébrale : somnolence, vertiges, étourdissements, syncopes, vomissements, parésie à forme hémiplegique, etc. Lorsque la tumeur, par son accroissement pro-

gressif, a détruit la lame interne des os, on peut constater par la palpation, leur dépressibilité sous le doigt ainsi que la crépitation parcheminée. Enfin, lorsque le fungus fait saillie à l'extérieur il se présente sous l'aspect d'une tumeur arrondie, bosselée, médiocrement dure, à fluctuation obscure, et présentant des battements de deux ordres : les uns isochrones au pouls, d'autres coïncidant avec les mouvements respiratoires, assez rares du reste (Duplay). La pression peut produire la réduction partielle et même totale de la tumeur, du moins au début, car plus tard, par suite de l'accroissement externe elle peut devenir irréductible. Cette réduction s'accompagne le plus souvent de signes de compression cérébrale et permet d'apprécier par le toucher la forme et l'étendue du trou osseux qui a donné passage à la tumeur. Voilà un exemple :

OBSERVATION XLIV.

Fongus de la dure-mère, par Klein (1).

Femme de 56 ans, bien portante, alcoolique et peut-être syphilitique, eut, à la suite d'un coup sur la tête, des céphalalgies et otalgies continuelles. Quelque temps après il survint à la région temporale droite, une tumeur molle et pulsative qui crut rapidement et qui causait une sensation désagréable dans la tête. Trois mois après on ouvrit avec la lancette la tumeur qui avait le volume d'un œuf de poule, un jet de sang considérable, en arcade, fit fermer la tumeur. Un mois après Klein vit la tumeur qui était située sous le muscle temporal droit, circonscrite arrondie et grosse comme les deux poings, saillante au dehors de plus de trois doigts, déprimant beaucoup l'oreille droite, d'une égale mollesse partout, élastique et donnant le sentiment d'une obscure fluctuation.

(1) Journal compl. des sciences médicales, t. XXXIV, p. 321.

Elle était indolente, battait avec force et ne se mouvait pas avec le cerveau, mais comme elle aurait pu le faire étant située sur une artère. Les veines de la peau sont variqueuses et tendues. La malade était dans un léger état de stupeur qui augmentait aussitôt qu'on essayait de réduire. Au-dessus de la tumeur, mais séparées d'elle, se trouvent trois loupes qui existaient auparavant.

Sous le muscle temporal gauche se trouvait une tumeur semblable, de la grosseur d'un œuf de pigeon, qu'on pouvait faire rentrer dans le crâne, après quoi le doigt sentait distinctement une ouverture à bords tranchants sur le pariétal, cette réduction augmentait la stupeur. Klein fit une ponction exploratrice qui laissa couler lentement 4 onces de sang. Une sonde creuse ne s'arrêta qu'à quatre pouces de profondeur sans causer des douleurs. Une incision étant faite, le doigt reconnut que le fungus sortait du crâne par une ouverture à bords tranchants et déchiquetés, mais dont on ne pouvait atteindre le contour. La compression excitait des convulsions, il y eut hémorrhagie abondante et la malade est morte quatre jours après.

Autopsie. — Les téguments de la tête se détachent facilement de la tumeur qui parut une masse molle semblable à la substance grise du cerveau. La petite tumeur du côté gauche était encore totalement couverte par le muscle temporal; mais ce muscle ne formait plus qu'une membrane mince sur celle du côté droit; des deux côtés, on sentait les bords tranchants de l'os entre lesquels les tumeurs sortaient, et sur lesquelles elles se repliaient. La tumeur n'avait rien de commun avec le diploé, elle était intimement unie à la dure-mère. La grande excroissance saillante de trois doigts au-dessus de la dure-mère faisait une excavation d'un pouce et demi dans le cerveau. Son tissu ressemblait au parenchyme de la rate. La face interne de la dure-mère était normale. L'artère méningée moyenne pénétrait dans chaque tumeur. Le cerveau était normal, déprimé seulement du côté droit: il ne restait plus du pariétal que deux pouces jusqu'à la suture sagittale, un débris vers la suture coronale et la largeur du doigt vers l'occiput. Il manquait en outre la partie supérieure de l'écaille du temporal et le sommet de la grande aile du sphénoïde. Le bord de cette vaste excavation était plus large d'un doigt du côté interne. Du pariétal gauche, il manquait un morceau de deux pouces quatre lignes sur environ un pouce et demi de haut. Une petite partie de

l'écaille du temporal manquait également. Les bords de l'ouverture étaient pectinés, plus larges en dedans.

Nous devons faire remarquer aussi qu'on rencontre parfois des fongus de la dure-mère qui ont évolué sans donner lieu à aucun des signes précédents, comme dans le cas suivant :

OBSERVATION XLV (1).

Tumeur fongueuse de la dure-mère ayant perforé le crâne et couvrant toute la fosse temporale. Ablation incomplète, par Parise, de Lille.

Homme de 50 ans, bien portant jusqu'alors, porte une tumeur temporale gauche depuis quatre mois.

Cette tumeur est apparue subitement dans une nuit, sans avoir été précédée de céphalalgie, d'étourdissement, d'insomnie ou de douleurs névralgiques ; aucun trouble du côté de la vue, de l'ouïe ou du goût ne s'est manifesté, pas plus que dans la sensibilité et la motilité de la face ou des membres. Dans les quinze derniers jours seulement, des douleurs lancinantes très vives auraient commencé à se faire sentir le jour et la nuit, et un amaigrissement général se serait manifesté.

A son entrée à l'hôpital, on observa ce qui suit : Une tumeur du volume du poing occupe la fosse temporale gauche qu'elle tend à dépasser en arrière et en bas vers le conduit auditif.

Le cuir chevelu qui la couvre est tendu, aminci, mais sain ; il en est de même du tissu cellulo-graisseux sous-jacent. La surface est assez régulière, elle est rénitente et donne la sensation d'une fluctuation obscure, telle qu'on l'observe dans certains kystes très tendus. Il n'y a aucune apparence d'expansion, de soulèvement ou de battements, sauf les battements de l'artère temporale dont les deux branches rampent à la surface de la tumeur. Comprimée en totalité avec la paume de la main, fortement et pendant un temps assez long, elle ne s'affaisse pas ; aucune douleur, aucun accident

(1) Bull. de la Soc. de chir.. 56-57, t. VII, p. 514.

du côté du cerveau n'en résultent. Elle est dépressible lorsque la compression n'est exercée que dans un point limité, ce qui lui donne une certaine apparence de mobilité, bien qu'elle soit intimement fixée dans la loge du muscle temporal. Les mouvements de la mâchoire inférieure ne sont pas gênés. Deux ponctions exploratrices furent faites à un mois de distance; la première fois le trocart pénétra au milieu de la tumeur dans un tissu mou et ne donna issue qu'à du sang rouge; la seconde fois, l'instrument, plongé plus en arrière, entre dans une cavité à compartiments multiples: il en sortit un liquide rouge clair moins foncé que le sang,

La tumeur diminua de volume, mais le lendemain le kyste s'était de nouveau rempli. Il n'y avait pas de ganglions engorgés dans les régions voisines.

M. Parise croit avoir affaire à une tumeur cancéreuse ou au moins fibro-plastique débutant par le périoste ou le diploé, mais ne pénétrant pas dans la cavité du crâne; en conséquence, il opéra le 4 mai 1857, ce fut alors qu'il acquit la conviction que la tumeur venait de la dure-mère et qu'elle avait perforé le crâne. Il termina l'opération qui avait été longue et délicate par une cautérisation au fer rouge de la surface de la tumeur, non pas pour détruire ce qui restait de la tumeur, mais pour arrêter l'écoulement du sang. L'ouverture du crâne qui livrait passage à la tumeur était ovale, offrant de 60 à 65 millimètres de diamètre, les bords irréguliers sont amincis au niveau de la table interne et semblent nécrosés. Le stylet pénètre de 12 à 30 millimètres entre les os et la dure-mère.

Les limites de la dénudation du périoste n'ont pas moins de 8 à 10 cent. L'axe vertical de la perforation prolongé tomberait sur la racine transversale de l'apophyse zygomatique. Son bord inférieur est voisin du bord supérieur de l'arcade zygomatique dont il ne dépasse le niveau que de 4 à 5 millimètres. Il n'y a presque pas de dénudation dans ce point.

La base de la tumeur adhérente à la dure-mère présente des mouvements d'expansion et de retrait du cerveau isochrones aux pulsations artérielles.

On remarque dans cet endroit quelques portions du kyste dont la plus grande partie a été enlevée. Sur le bord antérieur de l'ou-

verture s'élève une petite tumeur dont l'accroissement est rapide.

La tumeur enlevée a promptement changé de volume et de forme, étant composée de kystes cloisonnés, dont quelques-uns communiquent ensemble. Les plus gros peuvent loger une noix. Leur paroi est lisse, assez épaisse; leur contenu est formé par un liquide sanguinolent, plus une partie solide formant des noyaux mous, vasculaires, avec l'aspect de certains encéphaloides. Le microscope a fait voir des globules analogues à ceux que l'on trouve dans le tissu fibro-plastique et des grandes cellules renfermant plusieurs globules ressemblant à ce qui a été dessiné par H. Gray.

La marche de ces tumeurs est variable, parfois très lente (cas de Dumas), d'autres fois très rapide (cas de M. Bouilly). En général elles augmentent progressivement et d'une manière constante. Parfois une intervention intempestive a paru exaspérer la tumeur, qui a augmenté à la suite en peu de temps, au point de prendre des proportions effrayantes comme dans le cas suivant :

OBSERVATION XLVI (1).

Fongus de la dure-mère, par Siebold.

Homme de 50 ans, fort, bien portant, pléthorique; il y a 4 mois il lui survint au crâne, en devant, du côté du front, et en dehors vers la région temporale, une tumeur de la grosseur d'une noisette, sans aucune cause appréciable. Grossissement progressif s'accompagnant de douleur, et de tension dans la tête, céphalalgie continue. Le médecin croyant à une loupe l'incisa, il sortit du sang, la substance parut blanche et lardacée, la plaie guérit promptement. Bientôt douleurs très vives, tumeur plus grosse que le poing, immobile, dure et agitée d'une légère pulsation, la pression ne la diminuait pas, n'était suivie ni de stupeur, ni de douleur, Siebold fit une incision d'arrière en avant, il sentit alors tout au

(1) Journal du Dict. des sciences médicales, t. XXXIV, p. 305.

tour les os du crâne érodés, amincis ; au milieu une excroissance fongueuse, dure et saignant beaucoup ; on en enleva une partie. Mort après quatre jours avec des accidents nerveux.

Il est souvent malaisé d'établir un diagnostic dans ces cas ; il est cependant très utile de faire ce diagnostic d'une façon aussi complète que possible, non seulement au point de vue de la nature du produit néoplasique, mais encore eu égard à l'étendue des lésions, à leur point de départ, toutes choses qui doivent entrer en ligne de compte si l'on se décide à intervenir.

On a autrefois confondu avec les tumeurs fongueuses la *carie* et la *nécrose* des os du crâne, il me semble difficile de faire une pareille confusion aujourd'hui. La carie et la nécrose produisent constamment et de bonne heure des abcès et des fistules, tandis que dans les cancers, les téguments ne s'ulcèrent qu'à une période très avancée.

La mobilité distinguera facilement les *loupes* des dégénérescences cancéreuses de la région, qui sont immobiles sur les os ; du reste, les loupes temporales paraissent rares.

Nous arrivons maintenant aux tumeurs qui par leur volume ou leur consistance se rapprochent des diverses tumeurs malignes qu'on peut y rencontrer.

L'*encéphalocèle* forme une tumeur molle, élastique, entourée d'un rebord osseux ; lorsqu'on la comprime ou qu'on parvient à la réduire, on observe des accidents cérébraux. De plus, c'est une tumeur congénitale, autant de caractères qui faciliteront le diagnostic.

Les *exostoses* sont des tumeurs à marche lente, d'une dureté osseuse de peu de volume se confondant insensiblement par leur bord avec les os sous-jacents, la compression

n'a aucune influence sur elles ; de plus, souvent on trouve chez les malades des antécédents syphilitiques.

L'*enchondrome* forme une tumeur arrondie, lobulée, élastique, indolente, à marche lente et progressive.

Lorsque la tumeur est pulsatile on peut penser aux *anévrismes*, mais dans ces cas, les battements de l'anévrysme sont supprimés par la compression exacte de la carotide qui a peu d'influence sur les fongus, parce qu'ils reçoivent l'impulsion des artères de la base du cerveau, sur lesquelles la compression de la carotide a peu d'influence (Chassaignac).

Nous arrivons maintenant au diagnostic différentiel entre le *cancer de la dure-mère* et le *cancer du crâne* proprement dit ; il n'est pas aisé d'établir une ligne de démarcation bien nette et bien tranchée entre ces deux affections. Souvent il est impossible de préciser le point de départ, d'autant plus que parfois ces tumeurs prennent naissance à la fois dans l'os et la dure-mère, comme dans le cas suivant :

OBSERVATION XLVII.

Fongus de la dure-mère, par Lawson Tait.

(Med. Times and Gaz., 1869, vol. II, p. 427.)

Georges O..., âgé de 58 ans, réfugié politique de Strasbourg, était soigné par le Dr Holdsworth, mon ami, pour une phthisie. Le 7 mai mon attention fut attirée par une tumeur qui occupait la fosse temporale droite, qui avait déjà été remarquée par mon confrère dix jours avant. Je trouvai une tumeur peu saillante ayant à peu près 3 centimètres de diamètre, molle et présentant une pseudo-fluctuation. C'était une tumeur plate n'ayant aucune ressemblance avec une loupe, elle devenait le siège de douleurs intenses chaque fois que le malade s'appuyait dessus. J'ai tout de suite cru avoir affaire à une tumeur fongueuse de la dure-mère, et

je restai avec la conviction que l'os était perforé. Le 16 juin j'ai fait mouler la tumeur. Le malade est mort le 25 et j'ai obtenu l'autorisation d'examiner la tumeur. Elle occupait toute l'étendue de la fosse temporale droite, en soulevant le muscle temporal, auquel elle n'adhérait point; elle était coiffée par le péri-crâne qui lui formait une capsule, l'os était érodé mais non perforé. Une pareille tumeur, mais bien plus petite, existait sur la surface correspondante de la dure-mère, et avait érodé la table interne de la boîte crânienne. La substance de la tumeur était de consistance molle, de couleur rouge blanchâtre et composée de nombreuses cellules à noyaux, disposées d'une façon régulière et séparées par des espaces comblés par des fibres entrelacées. Mon avis est que dans ce cas on est en présence d'une excroissance morbide et probablement cancéreuse des cellules osseuses et du périoste du crâne; dans ce cas, si le malade n'était pas mort d'une phthisie, il aurait pu vivre et qu'une fois la perforation de l'os établie il aurait été très difficile de dire si on avait affaire à un fungus du crâne ou de la dure-mère.

Dans un excellent mémoire sur les fungus de la tête, publié dans les *Annales médicales de Heidelberg*, 1838, t. IV, le D^r Osius de Hanau résume, dans le tableau suivant, les signes diagnostiques des deux affections :

FONGUS DE LA DURE-MÈRE.

FONGUS DU CRANE.

I. PULSATIONS.

Très énergiques (anévrisme), diminuent si tumeur volumineuse, isochrones au pouls dues aux artères de la base du cerveau et aux artères de la tumeur.

Pas d'expansion. Quelques pulsations ou une espèce de soulèvement. Quelquefois bruissement comparable à celui d'une montre.

II. IRRÉDUCTIBILITÉ.

Réductibles en totalité ou en partie parfois irréductibles. Accidents de compression ou non.

Toujours irréductibles.

III. PERFORATION DES OS DU CRANE.

Toujours.

Presque jamais.

IV. DOULEUR.

Toujours. | Presque jamais.

V. LÉSIONS DES FONCTIONS CÉRÉBRALES.

Existents dès le début. | Souvent manquent ou viennent
à la fin.

VI. NOMBRE DES TUMEURS.

En général unique. | Presque toujours multiple.

VII. DÉVELOPPEMENT ET VOLUME DE LA TUMEUR.

Rapide et petites. | Lent et grosses.

VIII. MARCHE ET DURÉE.

Marche rapide et progressive. | Marche lente.
Durée courte. | Durée longue.

IX. FRÉQUENCE.

Moindre.

X. ÉTAT DES OS DU CRANE.

Os détruit perforé. | Oscariés, rugueux, ramollis, mais
épaissis souvent par couches nou-
velles (?)

XI. RAPPORTS DE LA TUMEUR ET DE L'OS.

Tumeur séparée des os. | Tumeur faisant partie intégrante
de l'os. Pas de glissement.

Il est facile de se convaincre en regardant ce tableau que la plupart des signes sont douteux, souvent relatifs et parfois d'une constatation difficile, aussi doit-on toujours s'attendre à plus d'une surprise quand on entreprend l'extirpation des tumeurs de cette nature.

Quant à reconnaître la nature même de la tumeur, le plus souvent il faudra attendre le résultat de l'examen histologique. Le jeune âge, l'augmentation rapide, l'indolence relative, l'envahissement tardif des ganglions plaident en faveur du sarcome. L'absence de tous ces caractères donnera des présomptions en faveur du carcinome.

Quant à l'intervention opératoire, Velpeau (1) la conseille quand il s'agit des tumeurs à base étroite ou de celles qui permettent au chirurgien de s'arrêter à la dure-mère en n'enlevant que les os. Au dernier congrès des chirurgiens allemands, Langenbeck a présenté une malade chez laquelle il avait enlevé, pour une tumeur cancéreuse, une partie de dure-mère de la grandeur d'une pièce de 5 francs et qui a guéri. D'autre part, nous possédons le cas suivant, où une tentative hardie a été suivie d'excellents résultats :

OBSERVATION XLVIII.

Fongus de la dure-mère. Opéré avec succès, par le D^r Nicolas Orioli.
(Gaz. médicale de Paris, 1834, p. 410).

F... Signiorini, âgée de 22 ans, tempérament robuste, née de parents sains, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 17 ans. A cette époque, l'obligation où elle était de rester sur la place publique pour vendre sa marchandise, exposée au rayons du soleil brûlant, commença à déterminer des maux de tête qui s'accusèrent jusqu'à l'âge de vingt ans et envahirent presque toute la tête. A 22 ans, elle épousa un ouvrier en cuivre travaillant chez lui, et le bruit des marteaux rendit bientôt la céphalalgie intolérable. L'œil droit se trouva en peu de temps atteint d'amaurose et très peu après elle perdit l'usage de l'œil gauche.

Après huit mois passés dans cet état, elle consulte enfin le D^r Orioli, qui lui trouva l'aspect florissant, le coloris bon, le pouls naturel, les pupilles dilatées, la droite montrant encore quelque contractilité *au contact*, mais non à la lumière ; la gauche n'en offrant plus aucune trace. Toute la tête était douloureuse, moins cependant qu'avant la cécité. Depuis 3 mois était survenu un fort battement dans les oreilles. Enfin elle accusait un certain battement extraordinaire au-dessus et en avant de l'oreille, où l'on voyait une petite tumeur qui s'y était formée depuis sept à huit mois, en même temps que la vue s'était perdue, et qui peu à peu s'était accrue jusqu'au volume d'une noix. Après quelques jours d'attente, la tumeur

(1) Dict. en 30 vol. Article Dure-mère.

était dans le même état, battant constamment dans toute sa circonférence, mais disparaissant et perdant ses battements sous la pression. Il semblait sentir à sa base comme de la fibrine coagulée, l'artère temporale, assez volumineuse se rendait à cette tumeur et la compression de cette artère en fit cesser les battements en grande partie; les manœuvres n'incommodaient point la malade. On ne sentait au toucher ni aucun bord osseux, ni aucune crépitation.

Le chirurgien soupçonna d'abord un anévrysme de l'artère temporale avec un sac alimenté par d'autres petites artères; dans les trois semaines qui suivirent, la tumeur s'accrut des deux tiers; le mal de tête augmenta ainsi que le tintement d'oreilles. Une opération fut jugée nécessaire, mais la chose n'étant pas claire, le Dr Orioli désira être assisté de quelques collègues, qui portèrent le même diagnostic que lui.

Je me mis donc à l'œuvre, dit l'auteur, en faisant comprimer l'artère temporale par un aide je découvris la tumeur à l'aide d'une incision en T. La peau disséquée, je rencontrai le muscle temporal qu'il fallut diviser aussi; la tumeur étant encore plus profondément située, je déclarai qu'il ne s'agissait plus d'un anévrysme, ou du moins d'un anévrysme de la temporale et que l'os était probablement altéré. La malade était pleine de courage. Je divisai le péricrâne et alors seulement je sentis et fis sentir autour de la tumeur un bord dur et irrégulier. Le souvenir d'un fungus de la dure-mère, qui m'était passé sous les yeux dans ma pratique, m'enhardit à diviser le péricrâne tout autour et je trouvai ainsi l'os carié dans la circonférence d'un demi écu. J'espérais trouver la tumeur pédiculée, ce qui aurait rendu l'extirpation plus facile: je la trouvai, au contraire, reposant sur une très large base. Je l'isolai néanmoins, et j'emportai d'une tumeur fibro-charnue autant que je pus en largeur et en profondeur. La malade malgré son courage perdit connaissance. Je la fis revenir et je poursuivis jusqu'à la fin mon opération. Deux artères furent tordues, et le pansement fait selon l'art.

Je levai l'appareil le quatrième jour et, fort surpris de voir toute la cavité de la plaie gangrénée, je crus ma malade perdue, Il n'en fut point ainsi. Matin et soir l'appareil étant renouvelé, les eschares se séparèrent peu à peu; il tomba même quelques petits lambeaux mortifiés de la dure-mère, ce qui mit hors de doute qu'elle était intéressée dans la tumeur. D'ailleurs le fond de la

plaie battait selon le rythme des artères et le mouvement cérébral. La cavité se détergea ensuite ; mais il semble s'élever d'un de ses côtés une tumeur de même nature que la première. J'essayai la compression à l'aide de tampons de charpie molle, et le succès parut couronner cette tentative. En cinquante jours, la guérison s'accomplit ; une parfaite cicatrice couvrit l'incision, et aujourd'hui, trois mois après la guérison, on sent sous la cicatrice la cavité osseuse ayant la circonférence déjà indiquée, et offrant des pulsations isochrones à celles du cerveau. La douleur avait diminué en grande partie immédiatement après l'opération. Le tintement des oreilles a cessé ; le sommeil est revenu ; mais la vue, comme je l'avais prévu, est restée perdue et probablement pour jamais.

Ces cas sont faits pour donner de l'espoir ; avec les progrès actuels de la chirurgie on est en droit d'espérer que ces résultats se multiplieront et que dans l'avenir plus d'une tumeur, regardée comme inopérable, viendra grossir le dossier des victoires de la chirurgie, déjà si volumineux.

ÉPITHÉLIOME.

L'épithélioma de la peau est assez fréquent à la tempe ; par contre il est exceptionnel de le voir naître et se développer dans les autres couches constitutives de la région temporale. Pour notre compte, nous n'avons rencontré aucun exemple authentique dans les différents recueils médicaux que nous avons eu l'occasion de consulter. Il arrive parfois qu'un épithélioma, développé primitivement dans la peau, envahit petit à petit les tissus sous-jacents et peut creuser de cette manière plus ou moins profondément, envahir et détruire le muscle temporal et même les os. Nous citerons plus loin un très bel exemple que nous avons eu l'occasion

d'observer cette année. Mais cet envahissement est consécutif, la tumeur a commencé par la peau.

Au début, l'épithélioma peut se présenter sous plusieurs aspects : verrue plus ou moins vasculaire, tubercule grisâtre ou rosé, ou tout simplement une croûte ou squame épidermique, d'aspect variable. A cette époque, les malades ne se plaignent, en général, que de légers picotements ou de prurit incommode ; la lésion peut rester dans cet état des mois et même des années (20 ans dans le cas de Marciano), mais au bout d'un certain temps, à la suite d'irritations variables, la tumeur augmente, devient plus douloureuse et finit par s'altérer. Cette ulcération arrive plus tardivement s'il s'agit de l'épithéliome tubulé, qui prend naissance dans les glandes sudoripares (Verneuil). L'ulcération laisse exhaler une sérosité citrine qui, en se desséchant, forme des croûtes plus ou moins épaisses, jaunâtres ou noirâtres. Les dimensions de cet ulcère sont variables, parfois considérables ; le fond, irrégulièrement excavé, la surface rouge, violacée et grisâtre, recouverte par un enduit formé de débris de la tumeur, laisse couler un liquide ichoreux, sanieux et fétide, les bords sont indurés, irréguliers, parfois taillés à pic, d'autres fois se perdant insensiblement sur les parties saines. Sa base est plus ou moins dure, mobile ou adhérente. La marche de l'épithélioma est en général lente, l'envahissement ganglionnaire tardif, la cachexie cancéreuse rare. Il est pourtant une complication de l'épithélioma de la tempe que je voudrais signaler avant de finir avec la symptomatologie, c'est l'envahissement consécutif considérable qui présente ici une gravité exceptionnelle. Le cas suivant est un bel exemple :

OBSERVATION XLIX (personnelle).

Epithélioma étendu de la tempe gauche.

Le 12 août 1882, est entré dans le service de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Augustin, no 78), le nommé P. J..., âgé de 76 ans, sans profession, porteur d'un vaste ulcère de la région temporale gauche.

Aucun antécédent personnel ou héréditaire. Il a toujours joui d'une bonne santé, n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte. Il y a seize ans, il s'est aperçu pour la première fois de l'existence d'une petite tumeur de la grosseur d'une petite noisette, tumeur dure non douloureuse, siégeant sur la peau, sans adhérence aux parties profondes. Elle était située immédiatement au devant de l'oreille. Petit à petit, à la suite d'irritations répétées (le malade la faisait saigner souvent en la grattant), la tumeur s'ulcéra et cette ulcération s'étendit petit à petit, au point d'occuper toute la région temporale et d'envahir l'oreille du même côté. Comme il n'en souffrait pas, le malade ne consulta pas de chirurgien et se contenta d'appliquer de temps en temps des remèdes de bonne femme sur l'ulcération, qui ne cessa de s'accroître. Il y a six ans, son oreille tomba, il paraît que l'ulcération ne l'avait pas complètement envahie. L'ulcère continua à s'étendre et, il y a quatre semaines, le côté gauche de son visage devint paralysé tout d'un coup. C'est alors qu'inquiet, il vint consulter M. Péan et fut admis dans son service.

A son entrée on trouve sur le côté gauche de la tête, une vaste ulcération qui s'étend en haut jusqu'à 1 cent. plus haut que la ligne limitant la région temporale, dont elle suit du reste la courbure ; en arrière, jusque sur la partie moyenne de l'apophyse mastoïde ; en avant, elle dépasse légèrement la crête qui sépare la surface triangulaire du temporal du reste de l'os ; enfin en bas, après avoir dépassé l'arcade zygomatique, elle a mis à nu la partie supérieure de la glande parotide dont le tissu paraît indemne et fait saillie à la surface de l'ulcère avec un aspect grenu et blanchâtre. Cette ulcération de couleur rose pâle a complètement détruit tous les tissus de la région temporale, y compris les os dont les bords présentant des petites dentelures noirâtres et pointues, limitent un

espace plus large que le creux de la main, espace dans lequel on voit la dure-mère a nu présenter un mouvement de soulèvement, d'expansion, isochrone aux mouvements respiratoires. La dure-mère a son aspect normal, on ne voit aucun bourgeonnement, ni ulcération à sa surface, par contre on y trouve l'artère méningée moyenne et ses branches qui battent normalement et ne sont nullement détruites. Vers la partie inférieure et postérieure de l'ulcère, on trouve une partie plus enfoncée remplie d'une sanie noirâtre et infecte, derniers vestiges du conduit auditif externe.

Le malade présente en outre une paralysie faciale gauche complète, il a de la peine à fermer son œil gauche, ce qui lui occasionne une conjonctivite légère.

Nous avons observé ce malade deux mois et demi, l'ulcère était absolument semblable à la fin qu'au commencement. Pas d'hémorrhagie (le malade n'en a jamais eu). Pas de douleur. Rien que la surdité dont le malade se plaint vivement. Au moment où nous écrivons ces lignes, il est encore dans le service et dans le même état.

Quand l'épithélioma n'est pas ulcéré, le diagnostic peut être difficile. On peut le confondre avec une simple verrue, quoique les caractères en soient très nets. On pourrait peut-être le confondre aussi avec le *moluscum contagiosum*, siégeant à la tempe. Mais il faut se rappeler que dans ce cas, les tumeurs sont multiples, petites, et que, presque toujours, elles existent simultanément sur plusieurs parties du corps à la fois. Du reste, pour Virchow, le *molluscum contagiosum* n'est qu'une variété d'épithéliome hyperplasique.

L'acné sébacé, le lupus et la syphilide tuberculeuse sont, en général, faciles à reconnaître par leurs caractères et les commémoratifs.

Quand l'ulcération s'est produite, on pourrait croire à des ulcères syphilitiques. Les antécédents, l'âge, la coïncidence d'autres lésions syphilitiques aideront le diagnostic.

Le traitement ne présente pas de considérations particu-

lières, il faut extirper en suivant les préceptes qu'on donne pour l'extirpation de l'épithélioma en général.

Nous terminons en signalant l'observation suivante, présentée à la Société anatomique, par M. Marcato.

OBSERVATION L.

Epithélioma de la région temporale, par Marcato (1).

M. Marcato montre à la société une tumeur extirpée par M. Demarquay chez un malade âgé de 70 ans. Cette tumeur, qui occupait la fosse temporale, avait débuté il y a vingt ans et n'avait fait que des progrès très lents. Depuis quelque temps elle avait suivi une marche plus rapide. Elle se présenta sous forme d'une masse homogène, assez ferme, à section grenue, modérément vasculaire, elle a 6 cent. environ de diamètre dans tous les sens. Hors la peau à laquelle elle adhère intimement, elle n'a pas d'adhérence avec les autres organes.

L'examen microscopique fait à l'état frais a démontré qu'il s'agissait d'une variété d'épithélioma tubulé, développé aux dépens des glandes sudoripares.

A propos de ce fait, M. Gripat signale un autre cas absolument analogue, que M. Panas a traité par les caustiques.

(1) Bull. de Soc. anat., 1870, p. 329.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS DE LA RÉGION
TEMPORALE.

Arrivé à la fin de ce travail, nous voudrions présenter, comme conclusion naturelle, un tableau complet, concernant le diagnostic différentiel des tumeurs de la région temporale. Or, pour arriver à faire le diagnostic complet d'une tumeur, il faut nécessairement répondre à deux questions essentielles : reconnaître d'abord l'existence de la tumeur et déterminer ensuite sa nature. Autant il est, en général, facile d'arriver à la solution de la première question, autant il est difficile souvent de répondre à la seconde. C'est avec ces restrictions que nous essayerons d'indiquer les principaux caractères sur lesquels le chirurgien se basera pour formuler son opinion.

I. — Reconnaître l'existence d'une tumeur, c'est, en général, facile.

La présence des signes inflammatoires, coïncidant avec une tumeur rouge vineuse, plus ou moins volumineuse, s'accompagnant de douleurs vives, à marche aiguë, fera facilement reconnaître le *furuncle* et l'*anthrax*.

Nous ne citons que pour mémoire l'*érysipèle* et le *phlegmon*. Une mention toute particulière pour la *périostite temporale*, décrite par M. le professeur Duplay, à la suite des otites chroniques qui, pouvant parfois avoir une marche subaiguë, pourrait peut-être, à un moment donné, faire penser à l'existence d'une tumeur.

Nous ne croyons pas devoir insister sur les signes des *abcès*. Nous ferons seulement remarquer qu'on a vu parfois des abcès cacher l'existence des tumeurs. Nous rappelons, à ce propos, le cas de Moore, cité plus loin, où un anévrysme existait sous un abcès, et le cas suivant (1), très instructif, qui pourrait se présenter à la région temporale :

En 1855, Manec, alors chirurgien de la Salpêtrière, ouvre un abcès au sommet de la tête, sur une femme de 69 ans. Une fistule persiste. La malade est morte six mois après, à la suite d'une injection iodée. On trouva à l'autopsie un petit orifice faisant communiquer cet abcès avec l'intérieur du crâne où se trouvait un fongus très développé de la dure-mère.

Nous dirons aussi que d'autres fois l'abcès s'est accompagné d'une altération des os qui a amené la perforation de la boîte crânienne, et la méningite consécutive. M. Huguier a présenté des beaux exemples à la Société de chirurgie. On doit toujours avoir présente à l'esprit cette éventualité.

L'*emphysème* sous-cutané sera facilement distingué par la crépitation, l'extension rapide surtout du côté du cou et de la face (tissu cellulaire moins serré), la sonorité et la cause nette qui l'a produite.

Signalons aussi les *périostoses syphilitiques secondaires*, qui ont fait l'objet d'un mémoire de M. Mauriac, et qui, d'après cet auteur, existeraient assez souvent à la région temporale. Cet accident apparaît en pleine période secondaire, alors que la roséole et les plaques muqueuses ne donnent guère lieu à l'erreur.

(1) Soc. anat., 1855, p. 322.

Bottez,

Parfois des *tumeurs de l'arrière-gorge* peuvent venir faire saillie à la région temporale. M. Lannelongue a montré un bel exemple à la Société de chirurgie. Il s'agit d'un polype naso-pharyngien qui envoyait un prolongement dans la fosse temporale, prolongement dont l'extirpation fut très difficile. M. Bourdon en a présenté un autre à la Société anatomique en 1872. On comprend bien que dans ce cas la saillie temporale est pour bien peu dans le tableau saisissant des signes du polype naso-pharyngien. — C'est tout au plus une curiosité pathologique.

Signalons aussi pour mémoire un cas unique jusqu'à présent, dû à Richard, où le *condyle* de la mâchoire à la suite d'une luxation faisait saillie à la région temporale. L'erreur est bien facile à éviter, il suffit d'être prévenu et d'examiner son malade.

Une fois l'existence d'une tumeur établie et pour arriver à reconnaître sa nature, on doit avoir recours à plusieurs signes dont le plus important est la constatation de l'existence de battements.

Tumeurs ayant des battements. — Parfois ces battements sont le signe prédominant.

Alors si on a affaire à une tumeur petite, régulière, en général ovoïde ou arrondie, superficielle, placée sur le trajet connu de l'artère temporale dont la compression arrête ces battements et produit l'affaissement de la tumeur. Tumeur le plus souvent d'origine traumatique; on peut affirmer l'existence d'un *anévrisme de l'artère temporale superficielle*.

Si on trouve des battements en général violents avec un souffle continu ou intermittent, existant dans une tumeur plus volumineuse, bosselée, donnant la sensation de paquets

de vers ou de ficelle, mallimitée élastique, fluctuante, molle, réductible par la pression, s'accompagnant d'une dilatation vasculaire périphérique, tumeur souvent congénitale ou du jeune âge, ce sera un *anévrisme cirsoïde*.

Si au contraire les pulsations sont circonscrites et bien moins énergiques, perçues seulement autour du *traumatisme* qui a donné naissance à la tumeur, souffle circonscrit cessant par la compression de la temporale, dans une tumeur de forme allongée et limitée, on aura affaire à un *anévrisme artério-veineux*.

Si une tumeur plus profonde et plus petite présentait du souffle et des battements, tumeur réductible par une pression lente et modérée, tumeur s'affaissant et devenant silencieuse si on comprime la carotide primitive du côté malade, tandis que tous ces signes s'exagéreraient par la compression de la carotide saine, on pourrait peut-être affirmer un *anévrisme de la méningée moyenne*.

D'autres fois au contraire, on peut constater des battements et du souffle, mais ce ne sont plus les signes prédominants comme jusqu'à présent, ce sont des signes accessoires qui ont perdu beaucoup de leur importance :

Existant avec une tumeur mollasse, pâteuse, congénitale, à marche lente, le plus souvent stationnaire, en communication évidente avec l'intérieur du crâne dont la compression s'accompagne de signes cérébraux. Ils caractérisent l'*encéphalocèle*.

Mêmes signes, mais chez des gens âgés, souffrant depuis longtemps de douleurs de tête violentes, présentant souvent des signes antérieurs de compression cérébrale, signes disparaissant en général à l'apparition de la tumeur, qui n'est plus homogène mais présente des points durs mêlés à

des points plus ou moins fluctuants. On peut soupçonner un *fungus venant de la dure-mère*.

Des battements et du souffle avec des tumeurs adhérentes aux parties profondes, à marche rapide et envahissante chez des individus jeunes en général, feront soupçonner des *tumeurs malignes téléangiectasiques*.

III. *Tumeurs sans battements*. — Tumeur *sonore*, c'est le *pneumatocèle*.

Tumeurs superficielles, mollasses, arrondies, sans bosselures, non adhérentes aux parties profondes : autant de caractères auxquelles on reconnaîtra les *loupes*.

Mêmes caractères, mais en plus la sensation lobulée : ce sont les *lipomes*.

La sensation de fluctuation dans une tumeur à marche lente et de longue durée, non douloureuse et ne déterminant pas de signes alarmants... caractérisera les *kystes*.

Quant à savoir si ce sont des kystes séreux ou hydatiques il faut attendre les résultats d'une ponction exploratrice :

Est-ce du liquide citrin clair comme de l'eau de roche, dans lequel on constate parfois des débris de membrane anhydrides ou des crochets, ce sera un *kyste hydatique*.

Si c'est un liquide séreux filant, plus coloré, c'est un *kyste séreux*.

Si c'est une tumeur survenant peu de temps après un traumatisme, transparente, fluctuante, présentant parfois du souffle et des battements, surtout chez des enfants : *tumeur* contenant du *liquide céphalorachidien* sorti du crâne à la suite d'un enfoncement ou d'une fissure.

Tumeur survenant après un traumatisme net, immédiate-

ment, fluctuante au centre, dure à la périphérie : c'est une *bosse sanguine*.

Tumeurs molles, mais superficielles, congénitales ou de jeunesse, mollasse, légèrement réductibles sous une pression méthodique, parfois recouverte par des téguments présentant les traces d'un nœvus ou bien simplement bleuâtres : autant de caractères qui feront reconnaître un *angiome*.

Tumeur de jeunesse ou congénitale, irréductible, en général adhérente à l'os; ce développement lent fait soupçonner le *kyste permöide*.

Tumeurs molles souvent multiples, adhérentes à l'os, diminuant de plus en plus de consistance jusqu'à devenir fluctuantes, s'accompagnant de douleurs nocturnes chez des individus âgés, en puissance de syphilis. On peut soupçonner les *gommes*, le diagnostic sera confirmé par l'ouverture spontanée de la tumeur qui laissera un ulcère caractéristique ou les bons effets du traitement syphilitique.

Tumeurs molles irréductibles adhérentes à l'os, à marche rapide, non ou peu douloureuses, dont la ponction exploratrice ne donne que du sang. Tumeurs existant surtout chez des jeunes gens. On est en droit de penser au *sarcome* des os du crâne, surtout superficiel. Quant au *sarcome du diploë*, on pourra le soupçonner lorsqu'avec les mêmes signes on trouvera une tumeur donnant par places la sensation de fluctuation et autre part la sensation de ponts osseux, mais cédant sous le doigt et présentant en outre parfois la crépitation parcheminée. En même temps ces tumeurs s'accompagnent de douleurs en général vives.

Tumeur d'une dureté osseuse, adhérente à l'os. Soupçonner l'*exostose*.

Tumeur à marche lente encore, non douloureuse, donnant

la sensation lobulée, à dureté moindre, débutant dans la jeunesse. On peut supposer l'existence d'un *enchondrome*.

Tumeur plus molle, à marche très lente, non douloureuse, sans aucun retentissement sur la santé générale. Pourrait faire penser à l'existence d'un *fibrome*.

CONCLUSIONS.

Les tumeurs de la région temporale sont rares.

Les unes sont superficielles (situées en dehors du muscle temporal), ce sont, à peu d'exceptions près, ou des épithéliomes ou des tumeurs vasculaires (anévrismes angiomes).

D'autres profondes (sous le temporal), presque toujours ce sont des tumeurs malignes (sarcôme ou carcinome), le plus souvent d'origine ostéopériostique, parfois venant de la dure-mère.

Les abcès profonds sont rares.

Presque toutes les tumeurs profondes ont pour caractère commun d'amener plus ou moins rapidement l'amincissement (ostéite raréfiante) et même la perforation de la boîte crânienne. Éventualité que le chirurgien doit avoir *toujours* présente à l'esprit quand il opère dans cette région.

La forme la plus fréquente, qu'il s'agisse de sarcome ou **carcinome**, est sans contredit la forme encéphaloïde. Il est impossible, dans l'état actuel de la question, de dire, en présence d'une tumeur profonde s'il s'agit de sarcôme ou de carcinôme.

Aucun signe ne peut permettre de l'affirmer. On n'a que des présomptions absolument vagues.

QUESTIONS.

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des os du membre inférieur.

Physiologie. — Usages du nerf facial.

Physique. — Calorimétrie, chaleurs spécifiques, chaleurs latentes.

Chimie. — Combinaisons de l'azote avec l'oxygène, caractères et préparations de l'acide azotique.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des oiseaux. Comment les divise-t-on? De l'œuf de poule, ses usages en thérapeutique et en pharmacie.

Pathologie externe. — Du traitement des fractures compliquées de plaies.

Pathologie interne. — De l'ataxie locomotrice progressive.

Pathologie générale. — Des complications morbides.

Anatomie pathologique. — Des sels biliaires.

Médecine opératoire. — Du cathétérisme des voies lacrymales.

Pharmacologie. — Quel est l'alcool qu'on doit employer en pharmacie? Quels sont les principaux degrés de concentration auxquels on l'emploie? Quels sont les principes qu'il dessert? Comment prépare-t-on les teintures simples ou composées?

Thérapeutique. — Des voies d'élimination des médicaments.

Hygiène. — Des eaux potables.

Médecine légale. — Qu'est-ce qu'un antidote? A quelle époque de l'empoisonnement doit-on l'administrer?

Accouchements. — De l'ictère des femmes enceintes.

Vu, le président de la thèse,
TRELAT.

Vu, bon et permis d'imprimer.
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.

